

Coordonatorul colecției „**Psihologie**“

[Prof. univ. dr. Constantin Păunescu]



Psihologia exercită o anumită fascinație și generează o puternică motivație a cunoașterii dimensiunilor personalității umane, dar accesul la conținutul acestui domeniu este limitat, întrucât informația psihologică rămâne în cea mai mare parte la un nivel de realizare de strictă specialitate.

Colecția „**Psihologie**” își propune să ofere o imagine generală asupra comportamentului uman și o stimulare a interesului pentru domeniul psihologiei.

Prin aportul său de informație la zi, completă și multidisciplinară, colecția de față, accesibilă oricărei persoane care dorește să își structureze cultura generală, va contribui la un evident spor cognitiv, dar și la cunoașterea de sine, la care aspiră cu îndreptățire orice intelectual.

ANN BIRCH

SHEILA HAYWARD

DIFERENȚE, INTERINDIVIDUALE

*Traducere în limba română
de Loredana Gavriliță*

EDITURA TEHNICA
București, 1999

COTA

INVȘNIAR.

Ediție originală:

Individual differences

Ann Birch and Sheila Hayward

Macmillan

© Ann Birch and Sheila Hayward

First published 1994 by

The Macmillan Press LTD

Houndmills, Basingstoke, Hampshire RG21 2XS

and London

Ediția în limba română:

Copyright ©, 1999, S.C. Editura TEHNICĂ S.A.

Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate editurii.

Adresa: S.C. Editura TEHNICĂ S.A.

Piața Presei Libere, 1

33 București, România

cod 71341 •

Coperta colecției: ANDREI MĂNESCU

Redactor: FELICIA IONESCU

Tehnoredactor: ANDREEA STAICU

Bundetipar: 22.03.1999; Coli de tipar: 16,5

C.Z.U. 159.9

ISBN 973-31-1321-2



PREFAȚĂ

Scopurile lucrării noastre constau în evidențierea mijloacelor prin care psihologii au investigat diferențele dintre indivizi, ca și în examinarea celor mai semnificative arii ale acestei problematice. Ne-am concentrat asupra a trei sfere importante ale funcționării psihologice: inteligența, personalitatea și comportamentul anormal.

Capitolul 1 examinează critic definițiile inteligenței, măsurarea inteligenței și raportul controversat ereditate-mediu. În capitolele 2 și 3, sunt analizate diferite abordări teoretice în studiul personalității, odată cu modalitățile de evaluare a personalității. Capitolele 4, 5 și 6 se concentrează asupra comportamentului anormal și includ examinarea critică a problemelor care intervin în distincția comportament normal-comportament anormal, unele caracteristici și cauze posibile ale diferitelor tulburări psihice, ca și unele terapii de tratare a acestora.

În linia caracteristică seriei, autorii au încercat să prezinte textul concis, în forma notelor comprehensive, care pot fi folosite fie ca o introducere în problemă, fie ca o recapitulare a textului.

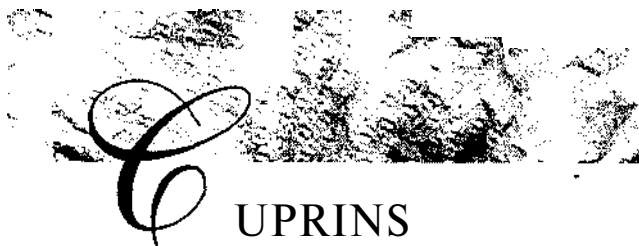
Pentru studiul individual, fiecare capitol este prefăcut de o serie de obiective ce pot fi atinse în urma studierii acestuia; de asemenea, fiecare secțiune se încheie cu o serie de întrebări pentru autoevaluare, astfel încât cititorul să poată verifica dacă a înțeles textul.

Recomandăm cititorului să lucreze asupra fiecărei secțiuni a textului, luând în considerare și propunerile de autoevaluare. Acestea pot fi reluate în urma unei recitiri a textului.

Ca toate titlurile acestei serii, și prezenta lucrare se adresează studenților care studiază psihologia la diferite niveluri, ca și celor care urmează cursuri de nursing sau pedagogie.

Sperăm ca această carte să se dovedească utilă, ca și celelalte titluri ale seriei.

*Ann Birch
Sheila Hayward*



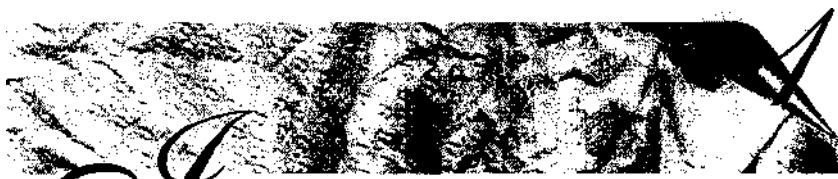
Prefață	5
1. Inteligența și măsurarea ei	9
1.1. Definiții și teorii ale inteligenței	9
1.2. Măsurarea inteligenței	25
1.3. Raportul ereditate/mediu	41
2. Personalitatea	55
2.1. Introducere: definiții, probleme și ipoteze în teoriile personalității	55
2.2. Abordările multidimensionale	60
2.3. Este personalitatea consecventă?	77
2.4. Abordările idiografice ale personalității	85
2.5. Teoriile unidimensionale	97
3. Teoriile psihanalitice ale personalității	107
Introducere	107
3.1. Sigmund Freud	108
3.2. Post-freudienii	121
3.3. Evaluarea personalității din perspectiva conceptelor psihanalitice: tehnicile proiective	128
, Psihopatologie: un continuum normalitate/anormalitate	135
4.1. Normalitate și anormalitate	135

7 Diferențe interindividuale

4.2. Conceptul de boală psihică și modelul medical	145
4.3. Diagnosticul și clasificarea bolilor psihice	152
4.4. Instrumente de diagnostic	157
4.5. Probleme de diagnostic	162
5. Cauze, categorii și descrieri ale tulburărilor psihice	169
5.1. Categoriile tulburărilor psihice	169
5.2. Descrierea tulburărilor psihice	170
5.3. Posibilele cauze ale tulburărilor psihice	194
6. Tratamente și terapii	203
Introducere	203
6.1. Tratamente somatice	204
6.2. Terapii comportamentale	212
6.3. Terapii cognitiv-comportamentale	221
6.4. Terapii psihanalitice	224
6.5. Terapii umaniste și existențiale	227
6.6. Eficiența tratamentului	230
6.7. Institucionalizare sau dezinstituționalizare?	234
Bibliografie	240



SUNT IDENTICI GEMENII, NU-I AȘA ? MAI BINE I-AM
EDUCA SEPARAT.



INTELIGENȚA ȘI MĂSURAREA EI

La sfârșitul acestui capitol, veți fi capabili:

1. Să comentați diferitele definiții și teorii ale inteligenței.
2. Să apreciați implicațiile diferitelor teorii în testarea inteligenței.
3. Să înțelegeți natura și funcțiile testelor de inteligență și să cunoașteți controversele cu privire la utilizarea acestora.
4. Să cunoașteți problematica legată de controversa ereditate-mediu în sfera inteligenței și să apreciați argumentele invocate de specialiștii în domeniu.
5. Să discutați abordarea interacționistă folosită de psihologi pentru evaluarea influenței relative a eredității și a mediului asupra performanțelor obținute la testele de inteligență.

1.1. DEFINIȚII ȘI TEORII ALE INTELIGENȚEI

Ce este inteligența?

„Inteligența” sau „aptitudinea” sunt concepte întâlnite frecvent în viața de fiecare zi, utilizate pentru a descrie diferențele dintre oameni și pentru a explica comportamentul lor. Termeni precum

„deștept”, „istet”, „greu de cap” sunt folosiți ca etichete pentru unele categorii de oameni. Dar, în ciuda frecvenței acestor termeni în limbajul cotidian, stabilirea unei definiții precise a inteligenței, cu care să fie de acord toți psihologii este un lucru foarte dificil.

În 1921, editorul *Revistei Americane de Psihologie Educațională* a invitat 17 psihologi de marcă să scrie despre ce consideră ei că este inteligența. Punctele lor de vedere au fost atât de variate, încât, ulterior, s-a încercat o grupare a acestora în câteva categorii principale. De exemplu, Vernon (1960) a clasificat definițiile inteligenței în biologice, psihologice și operaționale. Freeman (1962) a diferențiat definițiile inteligenței în funcție de concentrarea pe: (a) capacitatea de adaptare la mediu, (b) capacitatea de învățare și (c) aptitudinea pentru gândire abstractă.

Unele dintre cele mai cunoscute definiții ale inteligenței sunt următoarele:

„Aptitudine de gândire abstractă” (Terman, 1921);

„Aptitudine cognitivă generală înăscută” (Burt, 1955);

„A aprecia corect, a înțelege corect, a raționa corect” (Binet și Simon, 1905);

„Activitatea inteligentă constă în înțelegerea esențialului unei situații și formularea unui răspuns adecvat” (Heim, 1970a).

Aceste definiții demonstrează varietatea de sensuri date inteligenței. Unele dintre primele definiții considerau inteligența ca o entitate - ceva din care unii au mai mult, iar alții mai puțin. Alți specialiști au preferat să pună accentul pe activitatea cu scop și pe adaptarea optimă la mediu. Estes (1982) sugera că inteligența este o proprietate a comportamentului, determinată atât de activitatea cognitivă, cât și de structurile motivaționale.

Vernon (1969) și Sternberg (1984) argumentau că orice definiție a inteligenței trebuie să țină seama de contextul cultural în care este aplicată. Ceea ce într-o anumită cultură este considerat un comportament inteligent, în alta poate fi mai puțin sau deloc apreciat. De asemenea, posibilitățile de dezvoltare sau de achiziționare a anumitor comportamente variază în funcție de cultură. Acestui punct

de vedere se opune cel al lui Burt, care, în definiția pe care o dă inteligenței, folosește termenul „înnăscut”, ceea ce accentuează ideea de fix, neschimbat, în defavoarea celei de variație în funcție de influențele particulare ale mediului. În legătură cu aceste opinii diferite, s-a creat o adevărată controversă (vezi paragraful 1.3).

În finalul acestei treceri în revistă, trebuie să remarcăm faptul că definirea inteligenței este strâns legată de noțiunea de *coeficient de inteligență* (CI), care reprezintă scorul obținut la un test de inteligență (vezi paragraful 1.2). Pornind de la definirea inteligenței în relație cu aptitudinea de a rezolva teste de inteligență, unii psihologi au sugerat că inteligența este ceea ce evaluează testele.

Utilizarea analizei factoriale în studiul inteligenței

Tehnica statistică a analizei factoriale a fost utilizată de o serie de cercetători pentru a descrie natura inteligenței. În principal, ea a ajutat la identificarea aptitudinilor specifice care constituie ceea ce se înțelege, în general, prin inteligență.

Având la bază tehnica statistică a *corelației*, analiza factorială presupune un proces complex, care poate lua diferite forme. Pentru a înțelege mai bine acest proces, figura 1.1 redă punctele lui esențiale.

1. Analiza factorială utilizează tehnica statistică a corelației. Corelația exprimă măsura în care se relaționează două aspecte variabile. De pildă, pe măsură ce copilul crește, cresc și dimensiunile picioarelor lui; acesta este un exemplu de **corelație pozitivă**, în care ambele aspecte variază în același sens (direct proporțional). Relația dintre scorurile înalte obținute pentru un aspect și scorurile scăzute ale unui alt aspect reprezintă o **corelație negativă** - așa cum este, de exemplu, relația invers proporțională dintre numărul de kilometri parcurși și cantitatea de benzină rămasă în rezervorul unei mașini la sfârșitul călătoriei.

Gradul în care se relaționează două mărimi este exprimat prin **coeficientul de corelație**, al cărei valoare poate varia între + 1,00 (corelație pozitivă perfectă) și -1,00 (corelație negativă perfectă). Valoarea zero a coeficientului evidențiază lipsa relației de corelație între mărimile considerate.

De exemplu, un coeficient de corelație de 0,8 indică o corelație pozitivă puternică, în timp ce un coeficient de 0,03 indică o corelație foarte slabă sau aproape absentă.

2. Scopul analizei factoriale constă în identificarea acelor factori (structuri ipotetice precum aptitudinea numerică, aptitudinea verbală etc.) care sunt puși în evidență de mai multe teste sau de mai multe probe ale aceluiași test.

3. Atunci când se aplică o serie de teste (respectiv teste de inteligență), unui lot reprezentativ de subiecți, scorurile obținute la fiecare dintre aceste teste pot fi corelate cu scopurile de la celelalte teste, punând astfel în evidență o **matrice corelativă (de corelație)**. Redăm, mai jos, un exemplu de astfel de matrice, rezultată în urma aplicării ipotetice a patru teste.

Testele	2	3	4
1 (Numeric)	0,39	0,58	0,12
2 (Verbal)		0,38	0,40
3 (Spațial)			0,06
4 (Memorie)			

Cu cât corelația între două sau mai multe teste este mai înaltă (deci, un coeficient de corelație cât mai apropiat de valoarea 1,00), cu atât scorurile obținute sunt mai apropiate și este mai probabil ca testele respective să măsoare aceleași aptitudini sau aceleași factori (se poate observa, în exemplul de mai sus, că cea mai puternică corelație există între testele 1 și 3, iar cea mai slabă între testele 3 și 4). Utilizând analiza factorială, se pot identifica, în matricea corelativă, zone de corelație înaltă, ceea ce indică un grup de teste care vizează un singur factor. Astfel, dacă toate testele ar măsura aceeași aptitudine, analiza factorială ar identifica un singur factor - aceasta sugerează ideea că structura inteligenței este dominată de o singură aptitudine majoră. Dar, dacă testele măsoară o serie de aptitudini distincte, atunci, din analiză, vor rezulta mai *mulți* factori.

4. Să presupunem că analiza factorială a coeficienților de corelație din matricea de mai sus a evidențiat trei factori majori (în acest caz, trei aptitudini majore). O analiză viitoare va trebui să indice care dintre teste se corelează mai puternic cu fiecare dintre acești factori. De exemplu, dacă pentru un test se înregistrează un coeficient de corelație de 0,05 cu factorul I, 0,75 cu factorul II și 0,21 cu factorul III, rezultă că testul respectiv este saturat de factorul II (cu care are corelația cea mai puternică). Ca urmare, factorii, identificați pot fi interpretați examinând *conținutul* testului cel mai puternic influențat de fiecare dintre acești factori.

5. Trebuie să remarcăm faptul că, în timp ce analiza factorială este o tehnică matematică precisă (care vizează factorii majori comuni unui număr de teste sau probe diferite), interpretarea și denumirea acestor factori depinde de fiecare cercetător în parte, fiind necesară, în acest sens, o atență argumentare. În unele cazuri, etichetarea arbitrară a unor factori determină critici aspre (vezi critica analizei factoriale, de la sfârșitul acestei părți).

Fig.1.1. Utilizarea corelației și a analizei factoriale în studiul inteligenței.

Analiza factorială a permis cercetătorilor să investigheze structura inteligenței. De exemplu, această metodă a fost utilizată pentru a răspunde la întrebarea: inteligența este constituită dintr-o singură dimensiune, de-a lungul căreia pot fi plasați toți indivizii sau este formată din mai multe dimensiuni, iar indivizii pot excela în una sau alta dintre acestea?

Nu trebuie uitat faptul că analiza factorială a fost utilizată și pentru identificarea unor atribute legate de alte arii ale psihicului uman, precum personalitatea (vezi capitolul 2).

Inteligență generală sau aptitudini specifice?

Termenul „inteligență” implică existența unei singure aptitudini intelectuale. „Inteligență generală” sau „g”, așa cum este cunoscută, sugerează o capacitate de ansamblu care influențează activitatea cotidiană, de la efectuarea mentală a unui calcul aritmetic, până la mânuirea unei unelte simple. Această idee pare să contrasteze cu posibilitatea individului de a dispune de o serie de capacități independente, precum aptitudinea verbală sau aptitudinea matematică.

Teorii asupra inteligenței

Prezentăm, în continuare, câteva dintre abordările teoretice care intenționează să clarifice natura inteligenței, de la cele bazate pe analiza factorială, până la cele care descriu structura inteligenței.

Abordarea analitică factorială

Teoria bifactorială a lui Spearman

Charles Spearman (1863-1945) a fost unul dintre inițiatorii testelor pentru aptitudini mintale și ai analizei factoriale. Examinând scorurile obținute de copii la o serie de teste, a evidențiat o puternică corelație între toate testele aplicate. Acest rezultat a argumentat ideea că toate testele măsoară un factor comun, pe care el l-a denumit „g” (*intelligenza generală*). De asemenea, el a concluzionat că performanța unui subiect la un anumit test, de exemplu cel de aptitudine numerică, nu se armonizează, neapărat, cu performanța la un alt test, de exemplu cel de aptitudine verbală - aceasta înseamnă că factorul „g” nu poate fi considerat răspunzător pentru toate diferențele dintre indivizi. Ca urmare, Spearman a propus un al doilea factor, specific fiecărui test codificat ca factor „s” (*factor specific*). Astfel, inteligența unei persoane, din punct de vedere al evaluării, este determinată, în principal, de „g”, pe care Spearman îl consideră un echivalent grosier al capacității de a sesiza relațiile dintre lucruri.

Indivizii diferă între ei în funcție de saturarea cu factorul „g” - persoanele „inteligente” au mai mult „g”, iar cele „încete la minte”, mai puțin. Dar, indivizii diferă și în funcție de aptitudinile lor specifice („s”), astfel încât o anumită persoană poate obține performanțe în sfera matematicii, în timp ce o alta excelează în sfera verbală.

Teoria ierarhică

În a patra și a cincea decadă a secolului nostru, **Cyril Burt** și **Philip Vernon** au extins analiza factorială. Plecând de la modelul inteligenței elaborat de Spearman, ei consideră că a privi inteligența ca pe o combinație a factorilor „g” și „s” este o viziune mult prea simplistă.

Utilizând rezultatele obținute la teste pe un lot de subiecți de vârstă școlară, ei au îmbogățit modelul bifactorial, propunând intercalarea unei serii de factori de grup între nivelul „g” și nivelul „s”. Figura 1.2 redă acest model ierarhic.

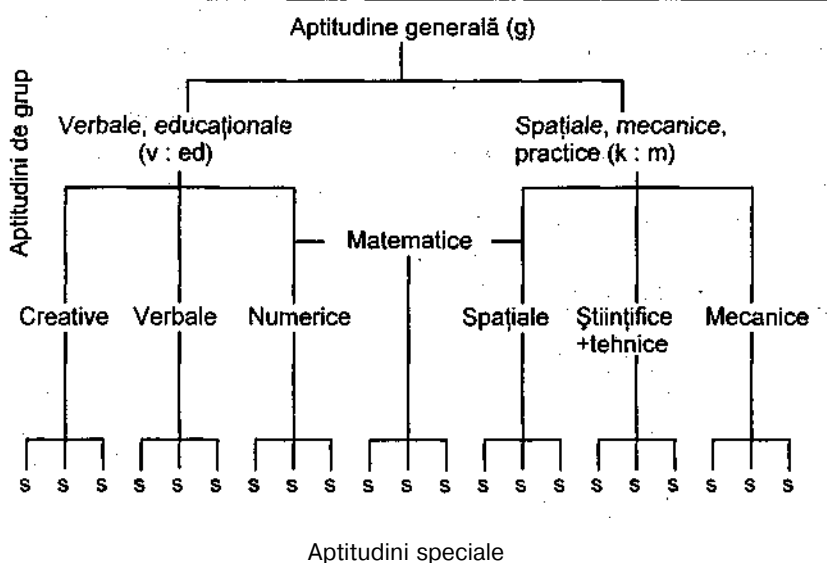


Fig.1.2. Teoria ierarhică a lui Vernon (după Vernon, 1950).

În acest model există o distincție clară între aptitudinile verbale-educaționale (v:ed) și cele spațiale - mecanice (k:m). Vernon consideră că factorul v:ed reprezintă, în ansamblu, aptitudinile verbale de tipul citit-scriș și se relaționează cu unele aptitudini matematice și creative. Factorul k:m se referă la aptitudinile practice spațiale, mecanice, ca și la unele aptitudini matematice.

Burt a fost de acord cu Spearman asupra faptului că factorul „g” este înnăscut și invariabil, în timp ce factorul „s” se formează prin exercițiu. Burt și Vernon au considerat factorii de grup ca o funcție a educației.

Teoria multifactorială a lui Thurstone

Spearman, Burt și Vernon (care au format așa-numita „școală londoneză”) au elaborat un model al inteligenței bazat pe existența **unui** factor general, care influențează toate aspectele funcționării

umane. În Statele Unite ale Americii, alți cercetători au elaborat modele în care inteligența consta dintr-o serie de aptitudini diferite și nerelaționate (între care nu există relații primare). Unul dintre cele mai importante modele de acest gen îi aparține lui **Thurstone** (1938), care a propus *șapte aptitudini mintale primare*. El consideră că aceste aptitudini formează baza funcționării intelectuale umane. Toate sunt de importanță egală și nu se corelează între ele.

Aptitudinile mintale primare sunt:

- aptitudinea verbală;
- viteza de percepție;
- raționamentul numeric;
- memoria;
- fluența verbală;
- aptitudinea spațială;
- raționamentul inductiv.

În acest model, care neagă existența unui factor „g”, cu influență asupra tuturor ariilor funcționale, fiecare aptitudine mintală primară este evaluată printr-un anumit test. Performanțele obținute la testări au creat posibilitatea conturării unui profil, format din șapte scoruri și nu dintr-unul singur, ca în cazul factorului „g”.

Comentariile ulterioare asupra modelului lui Thurstone au evidențiat că există legături între scorurile obținute de unii subiecți la cele șapte teste, ceea ce sugerează că, totuși, factorul „g” există. În urma unei analize factoriale secundare (efectuată pe baza rezultatelor obținute dintr-o primă analiză), Thurstone a acceptat posibilitatea existenței unui factor „g” în toate aptitudinile mintale primare. Deci, teoria ierarhivă ar putea fi validă.

Gould (1981) a pus în discuție implicațiile politice și educaționale ale acestei controversă. El a criticat dur modelul ierarhic și accentul pus de acesta pe dominanța unui factor „g” înăscut. În anii '40, modelul ierarhic a avut o influență nefastă asupra sistemului de selecție și examinare a copiilor de vârstă școlară; aceasta a evidențiat lipsa unei argumentări solide în favoarea bazelor înăscute ale inteligenței. Gold consideră că teoria lui Thurstone, deși

criticabilă, este mai realistă și mai puțin rigidă în viziunea sa asupra aptitudinilor mintale.

Critici aduse teoriilor analitice factoriale ale inteligenței

1. În primul rând, se impun atenției câteva remarci asupra analizei factoriale:

a) Așa cum am arătat deja, interpretarea și denumirea factorilor evidențiați statistic se face de către cercetător. Acest proces de identificare poate fi acuzat de subiectivism.

b) Gould (1981) atrăgea atenția asupra greșelii de a considera conceptele abstracte, precum și aptitudinea verbală, ca fiind entități concrete (tendința de *reificare*). Un factor este doar o entitate statistică, iar etichetarea lui ca „aptitudine spațială”, de exemplu, nu-i probează existența obiectivă.

c) În analiza factorială sunt folosite mai multe tehnici. Numărul factorilor relevanți poate depinde de tehnica utilizată, ca și de numărul și varietatea testelor aplicate sau de lotul de subiecte. Spearman și Thurstone au utilizat diferite forme ale analizei factoriale; Spearman a avut ca subiecți în special copii de vârstă școlară, în timp ce Thurstone a investigat adulți și tineri. Aceste aspecte pot argumenta unele diferențe dintre teoriile și modelele lor.

2. Pentru analiza factorială, este fundamentală ideea că inteligența este măsurabilă și că aptitudinile intelectuale ale unei persoane pot fi descrise. Acestea sunt, încă, subiecte foarte controversate, pe care le vom discuta mai pe larg în partea a II-a a acestui capitol, sub titlul „Critica testării inteligenței”.

Abordarea sistemică

În timp ce teoriile factoriale au încercat să identifice structura aptitudinală a inteligenței, o serie de teorii mai recente tind să evidențieze modul de funcționare a acestor aptitudini. Teoriile lui Gardner (1983) și Sternberg (1985, 1988) înțeleg inteligența în

18 Diferențe interindividuale

termenii unei interacțiuni complexe între sistemul cognitiv și alte sisteme. Vom prezenta, pe scurt, fiecare dintre aceste teorii.

Teoria inteligențelor multiple a lui Gardner

Teoria lui *Gardner* (1983) are la bază atât rezultatele obținute prin testări, cât și cercetări de neuropsihologie. Această teorie are trei principii fundamentale:

1. Există șapte tipuri distincte de inteligență și anume:
 - *lingvistică* (aptitudini legate de limbaj, cititul, scrisul, vorbirea);
 - *logico-matematică* (aptitudini numerice);
 - *spațială* (capacitatea de a înțelege relațiile în spațiu, ca în conducerea mașinii sau în șah);
 - *muzicală* (capacitatea de a cânta, cu vocea sau la un instrument);
 - *kinestezică* (folosirea corpului, ca în dans sau atletism);
 - *interpersonală* (capacitatea de a-i înțelege pe ceilalți și de relaționare);
 - *intrapersonală* (capacitatea de autocunoaștere).

2. Tipurile de inteligență sunt independente unul față de altul. Ele funcționează ca sisteme modulare, fără a fi controlate de un „coordonator central”. Cu alte cuvinte, e posibil ca, la o anumită persoană, aptitudinile evaluate în cadrul unui anumit tip de inteligență să nu se coreleze cu cele evaluate în cadrul unui alt tip de inteligență.

3. Deși sunt separate și independente, tipurile de inteligență interacționează și conlucrează acolo unde este necesar. De exemplu, pentru rezolvarea unei probleme de matematică exprimată în cuvinte, este necesar ca inteligența lingvistică să conlucreze cu cea logico-matematică.

Gardner consideră că fiecare tip de inteligență are o localizare precisă în creier și că poate fi analizată separat de celelalte prin studierea pacienților cu traumatisme cerebrale. Traumatismul dintr-o anumită zonă a creierului poate afecta doar un anumit tip de

Inteligența și măsurarea ei

intelență, lăsându-le pe celelalte intacte. Argumentul pentru existența unor tipuri particulare și independente de inteligență îl reprezintă fenomenul indivizilor retardați sever, care posedă o aptitudine excepțională, de genul capacității de a cânta la un instrument sau de a face calcule mintale rapide.

Primele trei tipuri de inteligență enumerate de Gardner sunt similare cu cele evaluate de testele convenționale (standardizate) de inteligență. Dar, considerarea altor aptitudini ca părți ale inteligenței constituie o abordare nouă și interesantă, care încearcă să exploreze rolul altor procese cognitive și psihologice în inteligență.

Printre criticile aduse teoriei lui Gardner se numără și aceea că tipurile de inteligență pe care el le propune nu sunt măsurabile în sensul dat de teoriile factoriale. Replica lui Gardner a fost că, deși nu toate tipurile de inteligență enumerate pot fi măsurate prin teste standardizate, ele pot fi evaluate în cadrul activităților școlare ale copiilor, precum cele artistice sau sportive (Gardner și Feldman, 1985).

Sternberg (1990) sugerează că, deși teoria lui Gardner este prea vagă pentru a putea fi substanțială, reprezintă o contribuție importantă la înțelegerea gândirii și inteligenței umane.

Teoria triarhică a lui Sternberg (1985, 1988)

Teoria triarhică a inteligenței (guvernată de trei sisteme) încearcă să explice trei relații fundamentale:

1) relația dintre inteligență și universul interior al individului, formând mecanismele mintale care stau la baza comportamentului inteligent *{subteoria componențială}*;

2) relația dintre inteligență și lumea exterioară individului, ca o componentă ce utilizează mecanismele mintale, cu scopul adaptării cotidiene la mediu, într-o manieră inteligentă *{subteoria contextuală}*;

3) relația dintre inteligență și experiență sau rolul jucat de experiența de viață în relația dintre lumea interioară și cea exterioară a individului *{subteoria experiențială}*.

Subteoria componențială

Sternberg consideră că funcționarea intelectuală, de exemplu rezolvarea unei probleme de matematică, implică trei mecanisme sau componente fundamentale de prelucrare a informației:

Metacomponentele includ procese de ordin superior, implicate în identificarea naturii problemei, dezvoltarea unei strategii de rezolvare și evaluarea corectitudinii soluției;

Componentele performanțiale includ procese de ordin inferior, implicate în rezolvarea propriu-zisă a problemei, pe baza strategiilor elaborate de metacomponente;

Componentele de achiziționare a cunoștințelor includ o serie de procese implicate în învățarea unui nou material, așa cum este diferențierea informațiilor relevante de cele irelevante.

Sternberg face referiri și la alte tipuri de componente, precum cele de *stocare* (înmagazinare) (proces implicate în reactualizarea informațiilor din memorie) și cele de ***transfer*** (implicate în generalizări și transferuri de informație dintr-o situație în alta).

Toate aceste componente funcționează într-o permanentă interacțiune și, de aceea, studierea lor izolată este dificilă de realizat. Metacomponentele activează componentele performanțiale și pe cele de achiziționare, care, la rândul lor, constituie feedback-ul pentru metacomponente.

Sternberg este de părere că înțelegerea acestor componente nu este suficientă pentru a cunoaște natura inteligenței, deoarece aceasta reprezintă mai mult decât o serie de componente de prelucrare a informației. De asemenea, este insuficientă evaluarea inteligenței doar prin teste. Celelalte aspecte ale teoriei triarhice încearcă să explice și alte elemente ale inteligenței, care contribuie la evidențierea diferențelor individuale într-un comportament inteligent, considerat în cadrul sau în afara unei situații de testare.

Subteoria experiențială

Componentele de prelucrare a informațiilor sunt valabile pentru sarcinile și situațiile în care persoana dispune de o oarecare experiență anterioară. Esența aspectului experiențial al teoriei triarhice constă în aceea că inteligența unui individ poate fi înțeleasă doar dacă se ține seama și de nivelul lui de experiență.

Inteligența poate fi efectiv evaluată atunci când sarcinile pe care subiectul urmează să le rezolve sunt fie relativ noi (deci situată într-o zonă apropiată limitelor de înțelegere ale subiectului), fie sunt pe cale de a deveni operații automatizate.

Noutatea. Există o serie de dovezi care sugerează că evaluarea capacității de a face față unei relative noutăți este un mijloc eficient de măsurare a inteligenței. În studiile asupra copiilor, Davidson și Sternberg (1984) au arătat că subiecții înzestrați intelectual puteau face față noutății într-o situație de tip rezolvare de problemă, fără a li se furniza indicii, în timp ce subiecții mai puțin înzestrați necesitau ajutor. Sternberg concluzionează că diferitele componente ale inteligenței, implicate în operarea cu o noutate în cadrul unei situații particulare, permit evaluări concludente ale aptitudinii intelectuale.

Automatizarea. Sternberg este de părere că aptitudinea de prelucrare automată a informațiilor, așa cum se manifestă în deprinderea de citit, de exemplu, este un aspect-cheie al inteligenței. Subiecții care înțeleg puțin din ceea ce citesc nu au realizat automatizarea procesului elementar de citire și, ca urmare, nu pot dispune de resursele necesare unui proces comprehensiv complex. Deci, capacitatea de automatizare dă posibilitatea mobilizării resurselor în aria noutății. Și invers, dacă subiectul dispune efectiv de capacitatea de a opera cu o noutate, resursele vor putea fi mobilizate major în aria automatizării.

Subteoria contextuală

Conform acestei subteorii, inteligența nu este doar o activitate mintală. Întâmplătoare, care implică unele componente de prelucrare a informațiilor. Inteligența este precis orientată către unul sau mai multe

din cele trei obiective principale ale comportamentului, și anume: adaptarea la mediu, modelarea mediului, selectarea mediului.

Adaptarea. Componentele de prelucrare a informațiilor, ca și operarea cu noutatea și prelucrarea automată a informațiilor sunt considerate de Sternberg ca fiind universale, în sensul că operează similar indiferent de cultura căreia îi aparțin subiecții. Totuși, aceste componente se manifestă variat în planul experienței și al comportamentelor indivizilor din culturi diferite. Ceea ce este considerat ca fiind inteligent într-o anumită cultură poate fi văzut la polul opus în altă.

Modelarea presupune adaptarea mediului la propriul stil de operare al individului. Sternberg consideră modelarea mediului ca trăsătura cheie a gândirii și comportamentului inteligent. „Oamenii de știință remarcabili sunt cei care elaborează paradigmele (modelarea) și nu cei care doar le utilizează (adaptarea)” (Sternberg, 1990, p.281).

Selectarea implică renunțarea la un anumit mediu în favoarea altuia. Ea intervine, în general, atunci când adaptarea și modelarea mediului au eșuat. De exemplu, atunci când un individ nu reușește să se adapteze cerințelor unei anumite profesii sau să modeleze aceste cerințe în funcție de propriile caracteristici și nervi, cel mai inteligent remediu pentru acest eșec este alegerea unui nou mediu, prin schimbarea profesiei.

Se poate observa că o particularitate majoră a teoriei lui Sternberg este accentul pus pe desfășurarea unui comportament inteligent și nu pe studierea acestuia, așa cum încearcă testele de inteligență convenționale. Bee (1989) constată că cele mai multe dintre testele standardizate de inteligență nu pot evalua diferitele tipuri de aptitudini caracterizate în subteoriile contextuală și experiențială; dar, tocmai aceste aptitudini sunt cele mai relevante pentru „funcționarea inteligentă” în lumea reală. Totuși, chiar Sternberg a elaborat un test bazat pe teoria triarhică a inteligenței. Acest test, pe lângă aptitudinile componentiale, evaluează și capacitatea de a face față noutății, abilitatea de prelucrare automată a informațiilor și abilitățile intelectuale practice.

Inteligența biologică

Abordarea biologică încearcă să explice inteligența pe baza studierii creierului și a operării sistemului nervos central; le implică asocierea diferiților indici fiziologici cu funcționarea psihologică, așa cum se întâmplă în cazul rezolvării unui test de inteligență. Eysenck (1986) susține că studiul inteligenței nu poate fi cu adevărat științific dacă nu- include și investigarea caracteristicilor biologice care fundamentează un comportament inteligent.

Timpul de reacție

Unul dintre primii indici fiziologici investigați a fost timpul de reacție, studiat inițial de Galton (secolul al XIX-lea). Mai recent, cercetătorii au încercat să evidențieze o corelație între timpul de reacție la diferiți stimuli și inteligență (coeficientul de inteligență, în particular). Eysenck (1986) indică o corelație de 0,6 între timpul de reacție și rezultatele testelor standardizate de inteligență. De asemenea, Eysenck consideră că viteza de prelucrare a informațiilor este o calitate primară a inteligenței biologice.

Indicii electrofiziologici

O serie de cercetători au asociat inteligența cu măsurarea activității electrice a creierului. În primele studii, a fost utilizată tehnica *electroencefalogramei* (EEG), încercându-se o relationare între diferite structuri de tip encefalografic și inteligență sau alte funcții cognitive. De exemplu, Galin și Ornstein (1972) au evidențiat o legătură între vârful de activitate electrică cerebrală (înregistrată prin EEG) în fiecare din cele două emisfere și tipul de sarcină rezolvată de subiect.

Cele mai multe dintre studiile recente utilizează **potențiale evocate** - un indice electrofiziologic mai sofisticat, legat de forma undelor cerebrale. Continuând unele cercetări mai vechi, Ertl și colaboratorii săi (Ertl și Schafer, 1969; Ertl, 1971) au găsit corelații

24 *Diferențe interindividuale*

puternice între potențialele evocate medii și CI, deși, ulterior, aceste rezultate nu au fost confirmate (Eysenck, 1986). După Ertl, Hendrickson (1980) este cel care obține corelații înalte între mărimea potențialelor evocate și rezultatele obținute la testele de inteligență standardizate. Aceste date au fost confirmate de Blinkhorn și Hendrikson (1982), care au utilizat o gamă largă de teste de inteligență.

Abordarea biologică a generat foarte multe cercetări asupra relației dintre funcționarea cerebrală și activitatea inteligentă. Dar, așa cum arată Gazzaniga (1985), interpretările acestor cercetări nu conduc la esență. Se ridică o serie de alte întrebări, precum: Ce înseamnă, de fapt, această relație între potențialele evocate și scorurile la testele de inteligență? Conduce comportamentul inteligent la anumite structuri de potențial evocat sau aceste potențiale evocate determină, cumva, comportamentele inteligente? Sau poate că activitatea inteligentă și potențialele evocate depind de alte aspecte ale funcționării cerebrale, prea puțin studiate până în prezent? Cu toate acestea, cercetătorii pretind că indicii psihofiziologici determină o măsurare „pură” a inteligenței, necontaminată de diferențe culturale sau educaționale (vezi partea a II-a, cu privire la cultură și testele de inteligență).

O abordare stadială a inteligenței

Nu putem încheia această parte fără a menționa o abordare mai specială a inteligenței, care îi aparține lui *Piaget*. Piaget a desfășurat o investigație remarcabilă asupra dezvoltării intelectuale. Abordarea lui se concentrează nu pe modul în care indivizii diferă din punct de vedere al inteligenței, ci pe structurile și procesele intelectuale comune tuturor indivizilor.

Piaget consideră că intelectul se dezvoltă prin formarea sistematică a unor reprezentări interne ale acțiunilor fizice și mintale (scheme). În această teorie, un loc central îl ocupă dezvoltarea gândirii logice a copilului de-a lungul unor stadii, de la naștere până la adolescență.

O descriere mai amănunțită a teoriei lui Piaget depășește scopurile lucrării noastre. Cititorul poate găsi mai multe detalii în lucrarea lui Ann Birch și Tony Malim (1988), *Psihologia dezvoltării: de la copilărie la maturitate*.

Autoevaluare

1. Cum puteți defini inteligența?
2. Ce este analiza factorială? Cum a fost utilizată pentru a clarifica natura inteligenței?
3. Comparați teoria ierarhică și teoria multifactorială. Care sunt implicațiile acestor teorii pentru măsurarea inteligenței?
4. Discutați, pe scurt, limitele analizei factoriale în studierea inteligenței.
5. Indicați contribuțiile teoriilor recente la înțelegerea naturii inteligenței.

1.2. MĂSURAREA INTELIGENȚEI

Testarea psihometrică

Psihometria este interesată de măsurarea unor caracteristici psihologice, precum inteligența sau personalitatea, utilizând teste standardizate (pe care urmează să le descriem în acest capitol). Esența testării psihometrice a inteligenței constă în măsurarea diferențelor interindividuale din punctul de vedere al rezolvării de probleme și a răspunsurilor la întrebări. Structura acestor probleme și întrebări depinde, pe de-o parte, de definiția dată inteligenței și, pe de altă parte, de rezultatele investigațiilor practice asupra tipurilor de sarcini relevante pentru diferențele interindividuale.

26 Diferențe interindividuale

În psihometrie, este fundamentală ideea că diferențele psihologice dintre indivizi pot fi *cuantificate* (asociate unei valori numerice), așa cum se întâmplă în cazul înălțimii sau greutateii. Această presupunere apare implicit în teoriile factoriale, prezentate în prima parte a acestui capitol.

Testele menite să măsoare diferențele interindividuale au fost elaborate încă de la începutul secolului nostru. Utilizarea testelor de aptitudini în scopul orientării școlare și profesionale a generat foarte multe controverse. Au existat o serie de păreri care caracterizau aceste teste ca fiind limitate și inflexibile; se considera că ele nu pot explica caracteristici importante, precum motivația sau abilitățile sociale și nici influențele culturale la nivelul comportamentului. La polul opus se situează părerea conform căreia testele de aptitudini reprezintă o metodă obiectivă și științifică de identificare a talentului; ele pot fi un sprijin important în opțiunile educaționale și profesionale.

Prezentăm, în continuare, unele date despre natura și utilizarea testelor de aptitudini, ca și cele mai controversate probleme legate de aceste aspecte. Ne vom concentra atenția asupra testelor de aptitudine intelectuală generală, cunoscute sub numele de teste de inteligență, utilizând acest termen, trebuie să notăm că nu există un acord general asupra definirii inteligenței și că aceste teste pot măsura doar o parte din ceea ce stă la baza unui comportament inteligent.

Scurt istoric al testelor de inteligență

Primele încercări de elaborare a unor teste de inteligență datează de la sfârșitul secolului trecut și aparțin lui *Sir Francis Galton*, în Anglia și lui *JMcK.Cattell*, în America. Aceste prime teste, bazate pe măsurarea unor procese senzoriale simple (ca viteza de reacție sau sesizarea diferențelor între două greutăți) nu s-au dovedit relevante pentru evaluarea inteligenței.

Simon-Binet. Primele teste moderne de inteligență au fost elaborate de psihologii francezi *Alfred Binet* și *Theodore Simon*,

colaboratorul său. În 1905, guvernul francez i-a cerut lui Binet să alcătuiască un test care să identifice copiii care necesitau un sprijin educațional special. Plecând de la părerile profesorilor și educatorilor asupra performanțelor obținute de copii la o serie de sarcini de tip raționament și judecată, Binet a încercat, mai întâi, să identifice nivelul mintal al copiilor normali de diferite vârste. Ca urmare, el a elaborat câteva scale de vârstă, bazate pe conceptul de *vârstă mintală*. Astfel, un copil de 7 ani, care putea rezolva toate problemele prevăzute pentru scala de 8 ani, era considerat ca având vârsta mintală de 8 ani; un copil de 10 ani, care putea rezolva doar problemele prevăzute de scala de 8 ani, era considerat, de asemenea, ca având vârsta mintală de 8 ani.

Coeфициentul de inteligență. Ulterior, cercetătorii au ajuns la concluzia că, pentru o evaluare completă a nivelurilor aptitudinale ale copiilor aparținând unor grupe diferite de vârstă, dar cu aceeași vârstă mintală, este necesară luarea în considerare a vârstei cronologice sau actuale a copilului testat. În 1912, Stern a introdus ideea unui *coeficient de inteligență* (CI), care putea fi calculat după formula:

$$CI = \frac{\text{vârsta mintală (VM)}}{\text{vârsta cronologică (VC)}} \times 100$$

Se poate observa că, pentru valori egale ale VM și VC, rezultă, din formulă, un CI de 100, reprezentând media.

Stanford-Binet. În 1916, testul Binet-Simon a fost revizuit de *Lewis Terman*, de la Universitatea Stanford. Testul Stanford-Binet a fost elaborat, inițial, pentru copii, dar, ulterior, el a fost extins și pentru vârstele adulte. Scala de inteligență Stanford-Binet a fost revizuită în mod repetat, cel mai recent în 1986. Înainte de această ultimă revizuire, scorurile pentru CI devirau dintr-o combinație a tuturor problemelor și nu reflectau diferențele între performanțele obținute la problemele numerice și cele obținute la problemele verbale, de exemplu.

Wechsler. Cel mai folosit test de inteligență pentru adulți este scala Wechsler pentru inteligența adulților, elaborat în 1939 și urmat

28 Diferențe inter individuale

de scala Weschler pentru inteligența copiilor. Ambele teste au fost, ulterior, revizuite. Deoarece s-a considerat că scala Stanford-Binet era prea axată pe aptitudinile verbale, scalele Wechsler au prevăzut nu numai o scală verbală, ci și o scală de performanță non-verbală, în care sarcinile sunt de tipul manipulării sau aranjării unor imagini sau cuburi.

Scala engleză pentru aptitudini. Testele Stanford-Binet și Wechsler au fost destinate, în special, investigării populației americane. Scala engleză pentru aptitudini a fost elaborată pentru populația engleză între 2 și 17 ani (Elliot și colaboratorii, 1983). Acest test, pe lângă problemele tradiționale referitoare la raționament, memorie de scurtă durată etc, conține și evaluări ale dezvoltării raționamentului moral.

Interpretarea coeficientului de inteligență

Pentru interpretarea coeficientului de inteligență **trebuie luați** în calcul o serie de factori, precum:

1. **CI de raport și de deviație.** CI care exprimă doar raportul VM/VC este cunoscut sub denumirea de **CI de raport**. Este evident că, pentru ca un CI să fie constant în timp, este necesar ca VM să crească proporțional cu VC. Dar, din moment ce majoritatea testelor consideră că dezvoltarea intelectuală este desăvârșită în jurul vârstei de 16-20 ani (în funcție de testul utilizat), conceptul de vârstă mintală nu mai are relevanță. Din acest motiv, ca și din alte motive de ordin tehnic, pe care nu le detaliem aici, tot mai mulți psihologi au abandonat VM și CI de raport în favoarea conceptului de **CI de deviație**. Acesta exprimă rezultatele obținute în relație cu deviația de normă-sau de la scorul mediu - pentru un grup de vârstă considerat. În mod particular, CI de deviație pune în evidență un scor standard, bazat pe modul în care deviațiile standard (DS) se distribuie în jurul mediei, pentru un anumit grup de vârstă. (Deviația standard este o măsură a distanței medii față de scorurile de mijloc).

2. **Diferențele între teste.** Toate testele sunt construite astfel încât să prevadă o **distribuție normală**, cu o valoare medie de 100. O distribuție normală se obține prin introducerea, într-o histogramă, a unui număr mare de indici care privesc caracteristicile umane (precum înălțimea și greutatea). Astfel, se obține o histogramă simetrică și relevantă ca formă. Aproximativ 68% din totalitatea scorurilor se distribuie între prima DS de deasupra normei (mediei) și prima DS de sub normă.

Astfel, un subiect care rezolvă două teste - unul cu DS de 15, celălalt cu DS de 20-va obține două valori diferite pentru CI. Figura 1.3 prezintă curba normală de distribuție pentru două teste ipotetice, cu DS de 15, respectiv 20. În funcție de valoarea DS, subiectul va obține un CI de 115 la primul test și un CI de 120 la cel de al doilea. De aceea, în interpretarea valorilor CI, se va ține seama de DS prevăzută pentru testul utilizat.

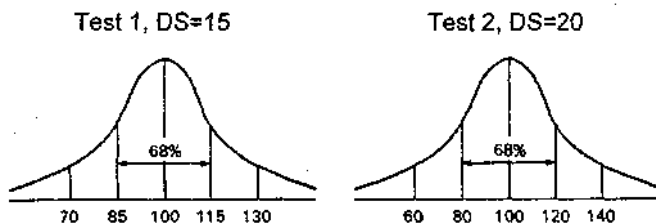


Fig. 1.3. Curba normală de distribuție pentru Testul 1, cu DS=15 și pentru Testul 2, cu DS=20.

3. **Relația dintre inteligență și CI.** Deși valorile CI semnifică o măsură a inteligenței, relația între inteligență și CI nu poate fi considerată în aceeași termeni ca relația „greutate-kg”. Putem accepta că o valoare numerică exprimată în kg reprezintă o indicație obiectivă și exactă cu privire la greutatea și controverselor existente în definirea

inteligenței, nu putem face aceleași presupuneri asupra relației inteligență/CI. Continuând analogia inteligență-greutate, putem afirma că o persoană cu greutatea de 60 kg cântărește jumătate față de o persoană de 120 kg, dar nu putem afirma că o persoană cu CI=70 este doar pe jumătate inteligentă față de o persoană cu CI=140.

Tipuri de teste de inteligență

Există mai multe clasificări ale testelor de inteligență. Iată câteva dintre acestea:

- a) teste care se aplică individual și teste care se aplică în grup;
- b) teste de tip „creion-hârtie” (verbale și non-verbale) și teste de performanță;
- c) teste pentru copii și teste pentru adulți;
- d) teste pentru inteligența generală și teste pentru aptitudini specifice, care au ca rezultat un profil de scoruri.

În continuare, ne vom axa pe distincția **teste individuale** — **teste de grup**, în cadrul căreia se vor clarifica și unele aspecte legate de celelalte clasificări amintite.

Testele individuale

Scalele Stanford-Binet și Wechsler sunt unele dintre cele mai frecvent utilizate teste care se administrează individual.

Scala Stanford-Binet utilizează diferite tipuri de sarcini. Figura 1.4 conține exemple de asemenea sarcini, cuprinse în varianta din 1986 a acestei scale, pentru grupa de vârstă 6-8 ani. În variantele anterioare, acest test evidențiază o valoare unică pentru CI, fiecare întrebare a testului contribuind în mod egal pentru obținerea scorului final; aceasta nu reflecta posibilitățile și limitele subiectului în cadrul diferitelor secțiuni ale testului. Varianta din 1986 permite obținerea unui profil de scoruri, care relevă patru arii principale ale aptitudinii

intelectuale: raționamentul verbal, raționamentul cantitativ, memoria de scurtă durată și raționamentul abstract/vizual. Această modificare reflectă noțiunea curentă de inteligență, văzută ca un ansamblu de aptitudini diferite și intercorelate.

RAȚIONAMENTUL VERBAL

Vocabular	Definirea cuvintelor, de exemplu „doloar” sau „plic”
Comprehensiune	Răspunsuri la întrebări ca „De unde se cumpără mâncarea?” sau „De ce oamenii se piaptână?”
Absurdități	Identificarea aspectelor absurde, ciudate dintr-o imagine, de exemplu o fetiță care merge pe bicicletă pe un lac sau un om chel pieptănându-se.
Relații verbale	Subiectul trebuie să spună prin ce se aseamănă primii trei termeni ai secvenței următoare și prin ce diferă ei de cel de-al patrulea termen: eșarfă, fular, cravată, cămașă.

RAȚIONAMENTUL CANTITATIV

Raționament cantitativ	Rezolvarea unor sarcini aritmetice simple, de exemplu alegerea fețelor unui zar astfel încât să rezulte șase puncte (un răspuns corect ar fi alegerea feței cu 2 puncte și a celei cu 4 puncte)
Serii de numere	Indicarea următoarelor două numere din seria: 20 16 12 8 - -
Construirea de ecuații	Construirea unei ecuații cu elementele: 2, 3, 5, +, = <u>(o variantă de răspuns este $2+3=5$)</u>

RAȚIONAMENTUL ABSTRACT/VIZUAL

Analiza unei structuri	Reproducerea unei figuri simple cu ajutorul cuburilor
Copierea	Copierea unei figuri geometrice desenate de către examinator, de exemplu, un dreptunghi cu două diagonale diagonale

MEMORIA DE SCURTĂ DURATĂ

<i>Memoria figurată</i>	Examinatorul va arăta subiectului o imagine în care, pe un baston, sunt dispuse picături de diferite forme. I se cere subiectului să reproducă din memorie această imagine, dispunând, în mod concret, picături pe un baston.
<i>Memoria propozițiilor</i>	Repetarea după examinator, a unor propoziții precum „Este timpul să dormim” sau „Ken a făcut un desen pentru ziua mamei sale”.
<i>Memoria cifrelor</i>	Repetarea, după examinator, a unei serii de cifre (de tipul 5-7-8-3) în sens normal și în sens invers.
<i>Memoria obiectelor</i>	Examinatorul va arăta subiectului, pe rând, imagini ale unor obiecte (de exemplu, un ceas și un elefant). Subiectul va trebui să identifice aceste imagini, în ordinea corectă a apariției lor, într-un desen care include și alte imagini (de exemplu, un autobuz, un clown, un elefant, un ou, un ceas).

Fig.1.4. Exemple de probleme specifice Scalei Stanford-Binet (1986), pentru grupa de vârstă de 6-8 ani.*

* După Atkinson, R.L.; Atkinson, R.C.; Smith, E.E. și Bem, D.J., „Introduction to Psychology”, Harcourt Brace Jovanovich Inc.

Scala Wechsler. Aceasta este una dintre primele scale care evaluează și înregistrează, în mod separat, aptitudini specifice. Testul este împărțit în două secțiuni principale - o scală verbală și o scală de performanță - fiecare conținând câteva probe. Scala de performanță, așa cum sugerează și numele ei, nu se corelează cu aptitudinea verbală și cere subiectului să rezolve probleme care implică manipularea sau aranjarea de cuburi, imagini sau alte materiale. De exemplu:

Aranjarea de cuburi - Subiectului i se cere să reproducă o figură cu ajutorul cuburilor; proba evaluează aptitudinea de percepere și analiză a unei structuri.

Scala Wechsler dă posibilitatea conturării unui profil de scoruri, care ilustrează posibilitățile și limitele subiectului în diferitele arii ale funcționării intelectuale. Evidențierea unei discordanțe majore între scoruri verbale și cele performanțiale poate atrage atenția examinatorului, în sensul necesității unei investigații mai detaliate a dificultăților de învățare, posibil asociate unor tulburări de limbaj.

Testele de grup

Utilizarea testelor de grup, în general de tipul „creion-hârtie”, nu depinde de numărul subiecților ce urmează a fi evaluați. Ele sunt utilizate pe scară largă, în special în orientarea școlară și profesională. Testele de grup pot fi verbale, depinzând direct de utilizarea și înțelegerea limbajului sau non-verbale, cu accent pe aptitudinea de a identifica relații între anumite structuri sau forme. Prezentăm, în continuare, câteva dintre cele mai uzitate teste de acest gen.

Seriile AH, elaborate de Alice Heim, sunt frecvent utilizate pentru evaluarea inteligenței, ca aptitudine generală, și se adresează subiecților care au depășit vârsta școlară. **AH2/3** și **AH4** sunt destinate selecției de personal. **AH2/3** este format din două teste paralele, fiecare având trei probe: verbală, numerică și perceptuală. **AH4** este, în primul rând, un test de raționament deductiv, organizat în două secțiuni, care măsoară aptitudinea de rezolvare a problemelor verbale, numerice și diagramatice. **AH5** constă din două părți, una verbală și numerică, cealaltă diagramatică; fiecare are 35 de subiecte. Alice Heim descrie acest test ca fiind un test de inteligență generală, destinat persoanelor cu o inteligență superioară; ele se adresează în particular, studenților, cercetătorilor, candidaților la învățământul superior sau postuniversitar. **AH6** este utilizat pentru selecția personalului managerial (Heim, 1970 b). El este disponibil în două forme, una destinată oamenilor de știință, inginerilor, matematicienilor, cealaltă, specialiștilor în artă sau în alte domenii umaniste.

Matricele Progressive Raven, publicate pentru prima dată în 1938, au fost revizuite de câteva ori de-a lungul anilor. Este un test

34 Diferențe interindividuale

non-verbal, destinat să evalueze aptitudinea de raționament abstract; în acest scop, subiecților li se cere să rezolve probleme legate de structuri geometrice. Testul se adresează subiecților de toate vârstele și naționalitățile.

Matricele Progresive Raven au fost îndelung elogiare de o serie de psihologi; Spearman și Vernon au considerat prima versiune a acestui test ca fiind „cel mai pur” test de inteligență, necontaminat de influențele culturale și educaționale. Totuși, noi considerăm punctul lor de vedere prea optimist (vezi comentariile ulterioare, sub titlul „Cultura și testele de inteligență”).

O comparație între testele individuale și testele de grup

1. Testele individuale sunt utilizate pentru obținerea unui tablou detaliat al aptitudinilor intelectuale ale unei persoane. Această necesitate intervine frecvent în situațiile clinice, cu scopul de a completa și clarifica *diagnosticul* unor dificultăți de învățare la copii. Prin comparație, testele de grup sunt, în general, utilizate în scopul *selecției școlare și profesionale* sau când, în cadrul unei cercetări, este necesară investigarea unui grup larg de subiecți.

2. Un test individual are o valoare informativă superioară unui test de grup. Examinatorul poate observa modul în care subiectul abordează sarcinile și, de asemenea, poate aprecia nivelul lui motivațional. Pe de altă parte, testele individuale implică interacțiunea directă examiner-subiect, ceea ce permite examinerului să-și modeleze atitudinea și modul de abordare a situației de testare în funcție de subiect.

Din acest punct de vedere, testele de grup, în care subiecții primesc aceleași instrucțiuni, iar răspunsurile lor sunt interpretate într-o manieră nediferențiată, pot fi considerate mai obiective.

3. Administrarea individuală a testelor necesită mai mult timp și cere o mai mare experiență decât testarea în grup.

Care sunt cerințele impuse unui test?

Testele psihometrice sunt foarte mult folosite. Indiferent de scopurile pe care și le propune (clarificarea diagnosticului unor dificultăți de învățare sau selecția școlară și profesională), un test trebuie să răspundă câtorva cerințe, pentru a putea funcționa corect într-o situație practică. Vom prezenta, în continuare, aceste cerințe.

Fidelitatea

Pentru a fi considerat fidel, un test administrat aceluiași subiect de două sau mai multe ori trebuie să evidențieze aceleași (sau aproape aceleași) rezultate. Deci, fidelitatea relevă în ce măsură un test este consecvent. Au fost stabilite două tipuri de fidelitate.

a) *Consecvența (fidelitatea) în timp* se apreciază prin *metoda testare-retestare*. Testul este administrat aceluiași lot de subiecți în două ocazii diferite, la un interval de timp suficient de mare pentru a preveni fenomenele de amintire a testului de către subiecți. Tehnica corelației (vezi prima parte a acestui capitol) se aplică celor două seturi de scoruri obținute, în scopul examinării gradului lor de similaritate. Coeficientul de corelație rezultat, cunoscut sub denumirea de *coeficient de fidelitate*, trebuie să se situeze în jurul valorii de 0,90 (Scala Wechsler a dovedit un coeficient de fidelitate de 0,91).

O tehnică alternativă, des utilizată, este administrarea testului în două forme diferite, dar echivalente. Această tehnică este cunoscută ca *tehnica formelor paralele*.

b) *Consecvența (fidelitatea) internă* poate fi apreciată prin *metoda divizării testului*. Această metodă presupune divizarea testului în două părți; se vor compara prin tehnica corelației scorurilor obținute la întrebările cu numere pare cu cele obținute la întrebările cu numere impare. Obținerea unei corelații înalte exprimă fidelitatea testului vizat.

36 Diferențe interindividuale

Validitatea

Doar stabilirea fidelității unui test este insuficientă. Este necesar să se demonstreze că un test măsoară în mod real ceea ce pretinde că măsoară - aceasta este *validitatea*. Tipurile de validitate sunt următoarele:

a) *Validitatea aparentă* se referă la măsura în care un test pare să evalueze ceea ce își propune. Date fiind dezacordurile asupra naturii inteligenței, a avea încredere în validitatea aparentă pare a fi mai greu decât, să spunem, rezolvarea unei probleme de matematică.

b) *Validitatea exterioară* implică două tehnici, în care rezultatele testului se corelează cu unele aprecieri exterioare ale caracteristicilor vizate. Astfel:

(1) Scorurile obținute de elevi la un test de inteligență se pot corela cu aprecierile profesorilor asupra nivelului de inteligență al subiecților testați. Aceasta este *validitatea concordantă*, în care rezultatele testului sunt comparate cu aprecieri actuale ale comportamentului subiecților. Validitatea concordantă se poate stabili și prin corelarea scorurilor obținute la testul vizat cu scorurile obținute de aceeași subiecți la un test deja validat.

(2) Scorurile obținute la un test de inteligență se pot compara cu unii indici *anticipativi* ai inteligenței, precum achizițiile școlare viitoare. Acesta este un exemplu de *validitate predictivă*. O serie de studii au demonstrat eficiența anticipării performanței într-o varietate de situații, atât educaționale, cât și profesionale.

c) *Validitatea structurală* se referă la acuratețea cu care un test poate măsura structurile psihologice descrise în teoria care-l fundamentează. Este un tip de validitate mai greu de evidențiat, datorită dezacordului cu privire la definițiile și teoriile din domeniu.

Metodele de validare descrise, deși utile, nu pot demonstra cu strictețe faptul că un test măsoară inteligența izolat de alte structuri psihice, precum motivația sau capacitatea de a urma instrucțiunile examinatorului. Este necesară stabilirea unei *teorii* a inteligenței care să se supună unei serii de criterii (inclusiv validitatea concordantă și

predictivă); astfel, se va putea răspunde la întrebări precum: Cum se relaționează inteligența cu alte structuri psihice (motivația, de exemplu)? Cât de stabile în timp sunt scorurile unui test? Cât de puternică este corelația între scorurile unui test de inteligență și criterii precum achizițiile școlare? În ce măsură datele neuropsihologice pot clarifica conceptul de inteligență?

Standardizarea

Înainte ca un test să poată fi utilizat efectiv într-o situație practică, este necesară *standardizarea* lui pe populația căreia i se adresează. Standardizarea presupune aplicarea testului pe un lot reprezentativ de subiecți, ca și realizarea ajustărilor necesare. Acestea implică:

1) Eliminarea acelor subiecte care, fiind prea dificile sau prea facile, sunt irelevante pentru *diferențele interindividuale*.

2) Asigurarea unei *distribuții normale* (v.fig.1.3) a scorurilor obținute la testul vizat; argumentul principal în această privință este acela că, așa cum caracteristicile biologice se distribuie normal într-o populație, și atributele psihologice, printre care și inteligența, se distribuie normal. Această presupunere a fost criticată, deoarece s-a considerat că nu are suport științific și că generează o viziune artificială asupra inteligenței.

3) Alcătuirea unui tabel care să conțină *normele* sau scorurile medii pentru o populație particulară vizată. La o aplicare ulterioară a testului, scorurile obținute vor fi comparate cu norma corespunzătoare unei grupe de vârstă sau unei grupe profesionale (sau cu orice altă categorie de populație care a fost investigată).

Controverse asupra utilizării testelor de inteligență

Susținătorii testelor psihometrice atrag atenția asupra valorii testelor de inteligență, ca mijloace fidele și standardizate de comparare a indivizilor între ei. Rezultatele testelor se afirmă, pot fi o

sursă valoroasă de informații, într-o varietate de situații, de la diagnosticarea dificultăților de învățare până la orientarea și selecția școlară sau profesională.

- Pe lângă aceste păreri favorabile, există și o serie de critici aduse testelor de inteligență:

1. *Achiziție sau aptitudine.* Se afirmă că testele de inteligență nu pot măsura nivelul cunoștințelor și deprinderilor achiziționate prin învățare, dar pot evalua capacitatea intelectuală actuală sau potențială. Unii teoreticieni, Burt, de exemplu, consideră această capacitate ca fiind înăscută și genetică.

De aceea, testele de inteligență sunt văzute ca *teste de aptitudini*, făcându-se diferențierea calitativă față de tipurile de teste utilizate în școală (de citire, de matematică), care sunt *teste de achiziții*. Alți cercetători (Ginsburg, 1972; Stott, 1978) sunt de părere că subiectele testelor de inteligență pot fi învățate (chiar dacă nu în sens formal), în același mod în care se învață răspunsurile la testele de achiziții. Testele de achiziții vizează mai mult performanța actuală și mai puțin capacitatea sau performanța potențială. Ca și alți indici ai performanței actuale, nivelul de succes este influențat de o serie de factori, interiori sau exteriori subiectului testat.

2. *Cultura și testele de inteligență.* Unul dintre cele mai controversate aspecte ale testării inteligenței se concentrează în întrebarea dacă testele utilizate au tendința să favorizeze persoanele albe, din clasa mijlocie. Dacă răspunsul este afirmativ, atunci aplicarea acestor teste la grupuri cu o experiență culturală și socială diferită contravine principiilor deontologice. O problemă particulară prezintă testele verbale, care cer competență într-o anumită limbă. Un copil a cărui limbă maternă este alta decât engleza va obține, la testele verbale, scoruri mai scăzute decât un copil a cărui limbă maternă este engleza. Chiar dacă engleza este limba maternă a subiectului testat, intervin diferențe de vocabular, care țin de categoria socială. Unul dintre cele mai folosite teste de inteligență, considerat necontaminat de influențele culturale, este *Matricele Progresive Raven*; acesta

utilizează subiecte nonverbale de forma structurilor figurale și simbolurilor. Totuși, factorii culturali pot influența și performanța la subiectele nonverbale, în funcție de experiența particulară a subiecților și de tipurile de sarcini propuse de test (Irvine, 1966; Simon, 1971); Vernon (1969) reflectă părerea mai multor psihologi atunci când afirmă că nu există nici un test liber de influențele culturale.

Importata influențelor sociale și culturale asupra testelor de inteligență este ilustrată de Warburton (1951), care descrie dificultățile întâmpinate, la testele de aptitudini, de către recruții Gurkha. Proveniți dintr-o societate mai puțin competitivă, aceștia nu erau motivați pentru a obține performanțe în sarcinile pe care le considerau irelevante, abstracte; de asemenea, nu erau familiarizați cu lucrul în timp limitat. Ca urmare, rezultatele obținute, chiar și la testele de performanță, nu reflectau aptitudinile lor reale. Concluziile acestui studiu sunt relevante și astăzi.

3. Etichetarea și profeția autoîmplinită. O sferă în care inteligența a fost și este un concept major este educația. Cel mai semnificativ exemplu îl reprezintă aplicarea testelor de inteligență în vederea orientării și selecției școlare. Pe de altă parte, în interiorul sistemului educativ, profesorii utilizează uneori testele de inteligență pentru a decide integrarea elevilor într-o clasă sau grupă specială. Această tendință de selecție, categorizare și etichetare este considerată, de mulți psihologi, ca fiind dăunătoare (Gould, 1981). Studiile au evidențiat posibilele efecte ale unei **profeții autoîmplinite**, prin care persoanele, tratate într-o manieră particulară, prin etichetare, au tendința de a dezvolta un comportament și o serie de caracteristici corespunzătoare etichetei primite. Astfel, dacă profesorul, părinții și copilul își formează, pe baza CI, anumite expectanțe legate de performanța școlară, copilul va reacționa conform cu acele așteptări. Studiul lui Rosenthal și Jacobson (1968) conține un exemplu relevant de profeție autoîmplinită. La începutul anului școlar, un grup de profesori a fost informat că la orele lor vor participa 20 de copii cu un

40 Diferențe interindividuale

CI înalt și că se așteaptă, din partea acestor elevi, performanțe superioare. În realitate, acești copii aveau CI medii. Dar, ca urmare a așteptărilor profesorilor, toți cei 20 de copii au înregistrat performanțe deosebite și scoruri înalte la testele școlare.

Acest studiu este considerat clasic pentru efectele așteptărilor profesorilor, deși trebuie să remarcăm că unii psihologi au criticat maniera de desfășurare a studiului și ambiguitatea rezultatelor sale (Shackleton și Fletcher, 1984). Alți psihologi au criticat acest studiu din motive etice.

4. *O definiție a inteligenței*? Luând în considerare dezacordul asupra a ceea ce reprezintă comportamentul inteligent, ca și diversitatea teoriilor inteligenței (vezi, mai ales, teoria lui Gardner și teoria lui Sternberg, din prima parte a capitolului), intervine întrebarea: Se poate măsura inteligența? Heim (1970a) concluzionează că un test bine validat rămâne cel mai bun mijloc de măsurare a inteligenței unei persoane. În mod similar, Houghton și Wigdor (1989) afirmă că, în ciuda limitelor, testele de aptitudini sunt, în continuare, cele mai utile instrumente de selecție și orientare școlară și profesională.

Autoevaluare

1. Ce înțelegeți prin vârstă mintală? Cum a fost utilizat acest concept în determinarea CI al copiilor?

2. Evidențiați câțiva dintre factorii care trebuie luați în considerare pentru interpretarea coeficientului de inteligență (CI)?

3. Comparați avantajele și dezavantajele testelor individuale și ale celor de grup,

4. Explicați fidelitatea, validitatea și standardizarea testelor de inteligență.

5. Care sunt principalele avantaje ale testării inteligenței?

Comentați câteva aspecte ale controverselor legate de testarea inteligenței.

1.3. RAPORTUL EREDITATE/MEDIU

înzestrare naturală sau educație?

Francis Galton (1869) a studiat efectele relative ale eredității (**înzestrarea naturală**) și ale mediului (**educația**) asupra dezvoltării inteligenței. În decursul timpului, această problemă a devenit una dintre cele mai controversate și divizate dezbateri din psihologie. Psihologii au fost preocupați de întrebarea: Cui îi revine cea mai importantă influență în dezvoltarea unor trăsături diferențiale ale inteligenței? Eredității (moștenire genetică) sau mediului (totalitatea influențelor și experiențelor la care este supus individul din momentul concepției)?

Pentru a elucida această problemă, trebuie avute în vedere următoarele:

1. Raportul ereditate/mediu a fost discutat atât în relație cu diferențele dintre indivizi, cât și cu diferențele dintre grupuri (de tip social, cultural sau rasial).

2. Nu trebuie uitat faptul că inteligența este evaluată prin rezultatele la testele de inteligență, ale căror limite au fost deja discutate (vezi paragraful 1.2).

3. Faptul că trăsăturile diferențiale ale inteligenței sunt un rezultat al **interacțiunii** dintre ereditate și mediu este bine stabilit. Totuși, rămâne întrebarea: care este importanța relativă a fiecăruia dintre elementele acestei interacțiuni? Răspunsul se bazează pe rezultatele unor studii variate, pe care le vom comenta în continuare.

Studii asupra familiei și asupra gemenilor

Una dintre cele mai importante surse de informație cu privire la măsura în care inteligența este moștenită genetic o constituie studiile care corelează coeficienții de inteligență ai persoanelor cu diferite grade de rudenie (deci, relaționate genetic); de exemplu: părinții și copiii, frații proveniți din aceeași părinți (inclusiv gemenii), verii.

42 Diferențe interindividuale

Figura 1.5 prezintă coeficienții de corelație obținuți în urma a trei studii individuale (Newman și colab., 1937; Shield, 1962; Burt, 1966), ca și în urma unei cercetări extensive, care a examinat 111 studii concentrate pe asemănările familiale în ceea ce privește nivelul de inteligență (Bouchard și McGue, 1981).

Tipul de relație familială	Studii			
	Newman și colab. (1937)	Shields (1962)	Burt (1966)	Bouchard și McGue (1981)*
Gemeni monoziagoți				
- crescuți împreună	0,91	0,76	0,94	0,86
- crescuți separat	0,67	0,77	0,77	0,72
Gemeni dizigoți				
- crescuți împreună	0,64	0,51	0,55	0,60
Frați proveniți din aceeași părinți				
- crescuți împreună				0,47
- crescuți separat				0,24
Frați cu un singur părinte comun				
- crescuți împreună				0,42
- crescuți separat				0,22
<u>Veri</u>				<u>n -ie</u>

* Corelația medie

Fig.1.5. Studii asupra inteligenței, indicând coeficienții de corelație a nivelului de inteligență în cadrul familiei.

În această problemă, *studierea gemenilor* se dovedește cea mai interesantă. Gemenii sunt de două tipuri: monoziagoți (sau identici) și dizigoți (sau fraternali). Gemenii dizigoți se formează din două ovule fertilizate separat, asemănându-se genetic ca orice copii cu ambii părinți comuni. Gemenii monoziagoți se dezvoltă dintr-un singur ovul fertilizat, având o zestre genetică identică. Se consideră că

diferențele de comportament dintre gemeni identici pot fi atribuite, aproape în totalitate, efectelor mediului.

Examinând figura 1.5 se poate observa:

1. Cu cât gradul de rudenie este mai apropiat, cu atât coeficientul mediu de corelație a nivelului de inteligență este mai înalt (deci CI sunt mai apropiați). Se observă, de asemenea, creșterea coeficienților de corelație odată cu similaritatea condițiilor de mediu.

2. Cei mai înalți coeficienți de corelație se întâlnesc în cazul gemenilor monoziгоți, indicând similaritatea nivelului de inteligență mai mult decât în oricare alt caz de rudenie. Această similaritate este atribuită, de către specialiști, gradului mare de asemănare genetică dintre gemenii monoziгоți. Totuși, aceasta poate fi și un rezultat al similarității influențelor de mediu la care sunt supuși gemenii monoziгоți; aceștia sunt tratați într-o manieră mult mai unitară decât gemenii dizigoți.

3. Gemenii monoziгоți crescuți separat au coeficienți de inteligență mai apropiați decât gemenii dizigoți crescuți împreună. Acesta este un argument solid în favoarea bazei genetice a inteligenței.

Comentarii asupra studiilor pe gemeni

Așa cum am amintit deja, adepții eredității susțin rolul major al moștenirii genetice în dezvoltarea inteligenței, pe baza studiilor asupra gemenilor. Dar, adepții influenței mediului au adus o serie de critici referitoare la aceste studii:

1. Studiile utilizează teste de inteligență diferite și, de aceea, o comparație validă între ele este dificil de realizat.

2: Mulți dintre gemenii monoziгоți crescuți separat au beneficiat, de fapt, de familii foarte asemănătoare sau, în unele cazuri, au fost crescuți de membrii aceleiași familii. Ca urmare, ei au fost supuși unor influențe de mediu relativ similar. (Kamin, 1974). Unul dintre exemplele date de Newman în studiul său (1937) este acela al

unor gemeni monoziagoți crescuți în medii total diferite, care au înregistrat, la testele de inteligență, o diferență de 24 de puncte.

3. Loturile de subiecți pe care s-au desfășurat primele studii de acest gen au fost inexacte, din cauza impreciziei metodelor inițiale de identificare a gemenilor monoziagoți.

4. Herman (1984) a remarcat că familiile care au gemeni nu sunt reprezentative la nivelul populației generale și, ca urmare nu se pot face generalizări pornind de la studiile asupra gemenilor.

5. Rezultatele relevate de Burt sunt incerte, deoarece unele date ale studiului său s-au dovedit false (rezultatele lui Burt nu au fost incluse în cercetarea lui Bouchard și McGue).

Factorul de variație genetică

Utilizând datele obținute din studiile asupra gemenilor, cercetătorii au încercat să estimeze proporția în care variația nivelului de inteligență se poate atribui pe de o parte, eredității și, pe de altă parte, mediului. **Factorul de variație genetică (H)** se referă la proporția în care variația unei trăsături, într-o populație particulară, este determinată de diferențele genetice.

Estimările factorului H în relație cu CI variază foarte mult, în funcție de cercetători. De exemplu Burt (1966) și Jensen (1969) au propus o valoare a factorului H de 80%. Chipeur și colab. (1989), pornind de la datele studiului lui Bouchard și McGue (la care ne-am referit mai sus), indică o valoare de 46% pentru factorul H. Trebuie să facem câteva remarci:

1. Factorul H se asociază cu diferențele din cadrul unei populații particulare și nu cu un anumit individ. Există cazuri în care factorul H a fost incorect utilizat, atunci când s-a apreciat, de exemplu că 80% din CI se datorează eredității.

2. Factorul H calculat pentru o populație particulară (de exemplu, alți americani din clasa mijlocie) nu poate fi extrapolat la o populație total diferită (de exemplu, negri din clasa muncitoare).

3. Având în vedere controversele legate de studiile asupra gemenilor, ca și variația estimărilor evidențiate, este evidentă imposibilitatea evaluării fidele a factorului H, în relație cu CI.

Studii asupra adopțiilor

O serie de studii au comparat coeficienții de inteligență ai copiilor adoptați cu cei ai părinților adoptivi și cu cei ai părinților naturali. Ipoteza de la care pleacă aceste studii este următoarea: dacă ereditatea are o influență majoră, atunci coeficienții de inteligență ai copiilor se corelează mai puternic cu cei ai părinților naturali decât cu cei ai părinților adoptivi.

Două dintre primele astfel de studii (Burks, 1928; Leahy, 1935) indică corelații foarte scăzute, de 0,13, respectiv 0,18, între coeficienții de inteligență ai copiilor și cei ai părinților adoptivi. Corelația între copiii și părinții naturali, care locuiesc împreună, este de aproximativ 0,50. Aceste date relevă faptul că este un element important pentru dezvoltarea inteligenței, dar într-o proporție mai mică decât ereditatea.

Sușinătorii eredității afirmă că studiile asupra adopțiilor și plasamentelor familiale oferă argumente puternice în favoarea componentei ereditare majore a inteligenței. În schimb, adepții mediului contraargumentează această idee, pe baza erorilor atribuite acelor prime studii. De exemplu, Kamin (1977) și-a concentrat atenția asupra *plasamentului selectiv*, practicat de agențiile de adopție. Plasamentul selectiv presupune plasarea copiilor în familii cât mai asemănătoare familiei naturale. Astfel, copiii unor mame cu nivel de inteligență ridicat sunt plasați în familii cu CI înalt, în timp ce copiii unor mame cu nivel de inteligență mai scăzut sunt plasați în familii cu CI similar, deci scăzut. Astfel, plasamentul selectiv poate evidenția similaritatea dintre coeficienții de inteligență ai copiilor adoptați și cei

ai părinților naturali, chiar dacă nu'locuiesc împreună. De asemenea, Kamin relevă că nivelul scăzut al corelației dintre coeficienții de inteligență ai copiilor și părinților adoptivi este probabil artificial, ca urmare a integrării părinților adoptivi în grupul general al părinților.

Conform condițiilor impuse de agențiile de adopție, părinții adoptivi trebuie să fie stabili emoțional, cu posibilități financiare, nealcoolici etc. De asemenea, este posibilă o variație mai mică, în ceea ce privește CI, între părinții adoptivi decât între copiii adoptați. Aceasta poate reduce în mod artificial corelațiile CI ale celor două grupuri considerate.

Studiile mai recente asupra adopțiilor au încercat să evite problemele întâlnite anterior și s-au concentrat asupra părinților care au crescut atât copii naturali, cât și copii adoptați (Scarr și Weinberg, 1977; Horn și colab., 1979). În ambele studii citate, corelația coeficienților de inteligență ai mamelor și copiilor naturali a fost foarte apropiată de cel din cazul mamelor și copiilor adoptați (0,22, respectiv 0,20 în studiul lui Scarr). Aceste rezultate nu susțin ipoteza transmiterii genetice a inteligenței, din moment ce al doilea tip de relație considerată (mamă-copil adoptat) nu implică existența unor gene similare.

Un studiu care susține ipoteza influenței majore a mediului asupra CI s-a desfășurat în Franța și aparține lui Schiff și colab. (1978). Au fost examinați 32 de copii născuți din părinți cu un nivel socio-economic scăzut și adoptați, înainte de vârsta de 6 luni, de părinți cu nivel socio-economic ridicat. Cercetătorii au comparat CI ai copiilor și CI ai fraților biologici, crescuți de părinții naturali. CI mediu al grupului copiilor adoptați a fost 111, în timp ce pentru grupul fraților crescuți de părinții naturali s-a înregistrat un CI mediu de 95.

Influențele mediului

În urma cercetărilor, s-a ajuns la un acord general asupra condițiilor de mediu care favorizează dezvoltarea potențialului intelectual al individului. Aceste condiții includ: alimentație și îngrijiri adecvate în perioada pre- și postnatală; stimulare intelectuală; climat emoțional stabil; încurajare și suport parental. La acest punct de vedere au contribuit o serie de studii, pe care le vom trece în revistă în continuare.

1. Un studiu longitudinal clasic desfășurat de *Skeels* (1966) s-a concentrat asupra unui grup de copii din orfelinat (deci, un mediu sărac în stimulări). La vârsta de 19 luni, valoarea medie a CI era 64. Ulterior, unii dintre copii au fost mutați din orfelinat și li s-a acordat o atenție specială. La vârsta de 6 ani, valoarea medie a CI, la nivelul acestor copii, a fost 96, în comparație cu valoarea de 60-70 a CI mediu înregistrat pentru copiii rămași în orfelinat.

2. Având drept subiecți de studiu copii de 12 ani, *Fraser* (1959) a evidențiat o corelație pozitivă puternică între CI înalți și factori precum nivelul încurajării parentale, atmosfera familială generală și numărul cărților citite în familie.

3. *Wiseman* (1964) a relevat o corelație puternică între calitatea îngrijirii copiilor și CI.

A. Bayley (1970) a concluzionat că diferențele înregistrate la nivelul CI pentru copiii proveniți dintr-un mediu cu carențe din punct de vedere socio-economic, comparativ cu cei proveniți dintr-un mediu favorizant se accentuează treptat, între momentul nașterii și momentul școlarizării, ceea ce sugerează că influențele mediului amplifică orice diferență genetică.

Îmbogățirea mediului

Deoarece copiii familiilor neprivilegiate au tendința de a fi dezavantajați intelectual, au fost elaborate și puse în practică o serie de programe, cu scopul de a acorda acestor copii șansa unei stimulări

48 *Diferențe interindividuale*

intelectuate adecvate. Primul și cel mai cunoscut dintre aceste programe este **Proiectul Headstart**.

Proiectul Headstart. În 1965, în Statele Unite ale Americii au fost alocate fonduri pentru îmbogățirea experiențelor de învățare ale preșcolarilor din familiile defavorizate. În acest scop, au fost utilizate mai multe tipuri de abordări. În unele cazuri, profesorii vizitau copiii și părinții la domiciliu, pentru a desfășura activități intelectuale stimulative, de tipul celor de care beneficiază copiii din familiile privilegiate (social, economic, intelectual).

În alte cazuri, copiii participau la activități de învățare în cadrul unor clase speciale.

Studiile care au urmat imediat după proiect, au evidențiat faptul că acesta nu a fost atât de eficient pe cât s-a sperat; s-au constatat doar creșteri nesemnificative ale CI la copiii care au participat la program, comparativ cu cei care nu au participat. Totuși, studii ulterioare au arătat unele creșteri ale CI mai semnificative și mai durabile. Comparativ cu un grup de control, format din copiii care nu au beneficiat de programe preșcolare, copiii cuprinși în Proiectul Headstart au obținut scoruri mai înalte la testele de citire, aritmetică și limbaj, de asemenea, ei au manifestat un comportament mai puțin antisocial (Zigler și Berman, 1983; Lee și colab., 1988). S-a constatat că acele programe care au implicat activ părinții în stimularea intelectuală a propriilor copii au înregistrat rezultate semnificativ mai bune (Darlington, 1986).

Rasa și coeficientul de inteligență

O problemă mult discutată de-a lungul timpului este aceea dacă există sau nu diferențe intelectuale determinate genetic între grupurile rasiale. Este un fapt dovedit că, la testele standardizate de inteligență, populația neagră americană înregistrează scoruri mai scăzute cu circa

15 puncte în medie față de populația albă americană (Shuey, 1966); există controversă în legătură cu interpretările acestui fapt.

Dezbaterea a început în anul 1969, odată cu publicarea unui articol scris de Arthur Jensen, în SUA, în care se afirma, implicarea puternică a factorului genetic în diferențele de inteligență între albi și negri. Autorul își fundamentează acest punct de vedere pe estimarea factorului H la o valoare de 80%, calculată în studiile asupra populației albe. Jensen aprecia, însă, că aceste rezultate evidente nu exclud posibilitatea unor influențe puternice din partea mediului. Din punctul de vedere al implicațiilor acestor rezultate asupra politicii sociale și, în particular, asupra alocării de resurse pentru proiecte de tipul Headstart, a avut loc o dezbatere între susținătorii eredității și cei ai mediului. Iată câteva dintre cele mai importante idei ale acestei dezbateri.

1. Valoarea de 80% estimată de Jensen pentru factorul H este bazată pe diferențele intragrupale (de exemplu, diferențe în cadrul populației albe). De aceea, concluziile nu se pot extrapola la diferențele intergrupale (de exemplu, diferențe între populația albă și cea neagră) (Mackenzie, 1984).

2. Tobias (1974) a evidențiat omisiunile lui Jensen în ceea ce privește posibilele efecte cumulative, la nivel de generații, ale unui mediu carent. Autorul se referă la efectele suferite de populația neagră americană - sărăcie, malnutriție, carențe educaționale sau absența oportunităților educaționale. Este bine cunoscut faptul că efectele sărăciei și malnutriției persistă cel puțin două generații, chiar după ce s-au luat măsuri de îmbunătățire a condițiilor de viață.

3. Kamin (1977) considera că interacțiunea complexă dintre factorii genetici și influențele de mediu nu este încă bine cunoscută. Nici unul dintre studiile desfășurate nu poate estima corect măsura în care diferitele tipuri de mediu influențează dezvoltarea intelectuală.

4. Fontana (1988) consideră că punctul de plecare pentru această dezbatere ar trebui să fie dificultățile de definire și măsurare a

50 *Diferențe interindividuale*

inteligenței. Conceptul de inteligență și metodele de măsurare a acesteia depinde, în societățile vestice, de factori culturali, ceea ce le face invalide (inutilizabile) pentru alte tipuri de societăți și culturi.

5. Pentru rasă, ca și pentru inteligență, nu există o definiție general acceptată; rasa se referă la acele trăsături genetice comune regăsite în cadrul unui anumit grup. Totuși, diferențele de structură genetică sunt mai accentuate în cadrul unei populații de o anumită rasă decât între populații de rase diferite (Bodmer, 1972).

6. Pentru copiii negri sau metiși adoptați, înainte de vârsta de 1 an, și crescuți de familii albe cu un nivel economic și cultural crescut s-au înregistrat valori CI cu 15 puncte mai ridicate decât în familiile lor biologice (Scarr și Weinberg, 1977).

7. Fontana (1988, p.102) relevă că „nu există argumente solide care să evidențieze diferențe genetice între rase la nivelul inteligenței. Asemenea diferențe, în măsura în care pot fi evaluate, sunt prea serios contaminate de influențele de mediu pentru a li se putea stabili, cu certitudine, originea”.

Înzestrare naturală/educație: o abordare interacționistă

Așa cum am arătat deja, controversa cu privire la raportul înzestrare naturală/educație s-a concentrat asupra rolului eredității și al mediului în determinarea nivelului de inteligență. Cele mai multe dintre studiile amintite au relevat complexitatea acestui raport, iar unele dintre ele au evidențiat inutilitatea stabilirii contribuției fiecăruia dintre elementele relației.

Într-un articol publicat în 1958, Anastasi argumenta că psihologii trebuie să se orienteze către întrebarea: Cum interacționează ereditatea și mediul? și nu către stabilirea influenței fiecăruia. Atât ereditatea, cât și mediul influențează comportamentul. Diferite tipuri de mediu, acționând asupra aceleiași structuri genetice, pot determina

comportamente diferite. De asemenea, indivizi diferiți din punct de vedere genetic, dar supuși acelorași influențe de mediu, manifestă comportamente diferite. Astfel, rezultă că ereditatea și mediul interacționează, iar ceea ce interesează este modul în care variațiile unuia acționează asupra influențelor celuilalt termen al relației.

Intervalul de manifestare (norm of reaction). Anastasi și colab. au utilizat conceptul de „interval de manifestare” în legătură cu modul în care pot interacționa ereditatea și mediul. Ei consideră că structura genetică impune comportamentului potențial al individului anumite limite inferioare și superioare. Nivelul la care se situează, pe această scară a potențialităților, un anumit comportament manifest (în cazul nostru CI) este determinat de influențele mediului. Astfel, indivizii expuși unui mediu stimulat și suportiv din punct de vedere emoțional își vor dezvolta la maximum potențialul intelectual. Scarr-Salapatek (1971) susține că intervalul de reacție al majorității indivizilor este de 20-25 de puncte; CI poate varia în cadrul acestui interval în funcție de influențele mediului la care este supus.

Hebb (1949) în teoria sa, devenită clasică, ilustrează conceptul de „interval de manifestare”. Autorul distinge două tipuri de inteligență: *inteligența A* și *inteligența B*. Inteligența A reprezintă potențialul genetic al individului sau calitățile primare, înnăscute, ale sistemului nervos central. Inteligența B este legată de vârful performanțial pe care îl poate atinge inteligența A ca rezultat al experienței, învățării sau altor factori de mediu.

Din păcate nu există mijloace de observare a acestor două tipuri de inteligență și, cu atât mai puțin, mijloace de comparare a acestora între indivizi. În 1969, Vernon a introdus un al treilea tip de *inteligență*, C, ca partea inteligenței B care poate fi măsurată prin testele de inteligență.

Datorită dificultăților de evaluare a potențialului genetic și a interacțiunilor sale cu mediul, utilitatea conceptului de „interval de

52 Diferențe interindividuale

manifestare" este limitată. Mai mult, ultimele descoperiri din genetică sugerează că structura genetică este mai flexibilă decât s-a crezut - se pare că limitele superioare și inferioare, invocate de intervalul de manifestare nu sunt rigide.

Aceste date, ca și multe altele, atrag atenția asupra complexității relației de interacțiune ereditate/mediu, ele amintesc specialiștilor în educație și în politici sociale că trebuie să asigure tuturor indivizilor cele mai bune condiții de mediu și încurajează cercetătorii să studieze practicile educaționale și sociale care pot reduce diferențele dintre grupuri în ceea ce privește nivelul de inteligență.

Autoevaluare

1. Ce înțelegeți prin dezbateră „înzestrare naturală/educație” în legătură cu inteligența?
2. Explicați și apreciați contribuția studiilor asupra gemenilor în problema raportului ereditate/mediu.
3. Definiți, pe scurt, factorul de variație genetică.
4. Enumerați și discutați câțiva factori de mediu care pot influența dezvoltarea intelectuală.
5. Discutați, pe scurt, principalele probleme legate de controversa „rasă-CI”.
6. Pornind de la conceptul de interval de manifestare, discutați despre abordarea interacționistă a raportului înzestrare naturală/educație, în legătură cu inteligența.

LECTURI SUPLIMENTARE

HJ. Butcher, *Human Intelligence: Its Nature and Assessment* (London: Methuen, 1968).

S.J. Gould, *The Mismeasure of Man* (London: Pelican, 1984).

V. Shackleton and C. Fletcher, *Individual Differences: Theories and Applications* (London: Methuen, 1984).

R.J. Sternberg, *Metaphors of Mind: Conceptions of the Nature of Intelligence* (Cambridge University Press, 1990).



EA NU-I AGRESIVĂ, DOAR GESTURILE EI SUNT



PERSONALITATEA

La sfârșitul acestui capitol, veți fi capabili:

1. Să cunoașteți diversitatea definițiilor date personalității și câteva dintre cele mai relevante aspecte ale teoriilor personalității.
2. Să apreciați critic următoarele abordări ale personalității:
 - multidimensională;
 - idiografică;
 - situaționistă și interacționistă;
 - unidimensională.
3. Să cunoașteți și să apreciați câteva dintre modalitățile de evaluare a personalității.

2.1. INTRODUCERE: DEFINIȚII, PROBLEME ȘI IPOTEZE ÎN TEORIILE PERSONALITĂȚII

În fiecare zi facem presupuneri despre personalitatea celorlalți. Aprecieri precum „ea are o personalitate puternică” sau „el nu are personalitate” sunt frecvent folosite. Însă, în accepțiune psihologică, astfel de aprecieri sunt lipsite de sens. Toți oamenii au o anumită personalitate, dar ei diferă prin tipul de personalitate pe care îl au și nu prin cantitatea acesteia.

Studiul separat al unor procese psihice, precum percepția, gândirea, motivația, afectivitatea, face dificilă descrierea persoanei ca un tot. Conceptul de personalitate tinde să acopere toate procesele psihice și, astfel, să prezinte un tablou coerent al modalităților în care o persoană gândește, simte și se comportă. Ca și în cazul inteligenței, conceptul de personalitate este dificil de definit; nu există o definiție general acceptată de către psihologi. De exemplu, unii psihologi folosesc termenul de personalitate pentru a se referi la diferențele dintre indivizi, incluzând comportamentul social, afectivitatea, funcționarea intelectuală ș.a., în timp ce alții limitează acest termen la aspectele sociale și emoționale ale comportamentului. Hall și Lindzey (1978, p.9), încercând o trecere în revistă a teoriilor personalității, concluzionează: „...nu se poate aplica o definiție substanțială unei generalități... modul în care fiecare specialist definește personalitatea depinde direct de orientarea sa teoretică”. Hampson (1988, p.83) consideră că definiția dată de Child (1968) personalității este una dintre cele mai acceptate în comunitatea psihologilor: „...factorii interni, mai mult sau mai puțin stabili care dau consistență în timp comportamentului unei persoane și care determină diferențierea față de comportamentele manifestate de alte persoane în situații comparabile”.

Teoriile personalității variază din punctul de vedere al ipotezelor formulate cu privire la funcționarea psihologiei umane, ca și din punctul de vedere al metodelor considerate adecvate studiului personalității. În continuare, vom prezenta câteva dintre cele mai importante probleme și controverse create printre psihologii care studiază personalitatea. Astfel, cititorul poate aprecia complexitatea acestui domeniu, în care teoriile sunt relativ independente și oferă puncte de vedere variate și, uneori, contradictorii. Următoarele părți ale acestui capitol vor analiza în profunzime unele dintre aceste teorii și vor prezenta modalitățile de evaluare a personalității. Trebuie să remarcăm faptul că noțiunile de *fidelitate* și *validitate* (discutate în

capitolul 1) sunt la fel de importante pentru testarea personalității, ca și în cazul inteligenței.

Probleme și controverse în studiul personalității

Abordarea idiografică și abordarea nomotetică

O deosebire majoră între teoriile personalității este modalitatea prin care se pune în evidență unicitatea individului - **abordarea idiografică** — comparativ cu evidențierea similitudinilor dintre personalitățile indivizilor — **abordarea nomotetică**.

Teoreticienii de orientare idiografică încearcă alcătuirea unui tablou detaliat al personalității individului, considerând că similitudinile dintre indivizi în sfera personalității, prezintă o valoare științifică limitată. **Gordon Allport** este unul din reprezentanții de seamă ai acestei abordări; deși este mai bine cunoscut pentru studiul **trăsăturilor individuale** (caracteristici unice personale), el ia în considerare și existența **trăsăturilor comune** (caracteristici primare, care se reîntâlnesc la toți membrii unui anumit grup social sau cultural).

Psihologul umanist Carl Rogers este un alt reprezentant al abordării idiografice ca și George Kelly, autorul teoriei constructelor personale. Vom discuta teoriile lui Allport, Rogers și Kelly în paragraful 2.4.

Abordarea nomotetică a personalității este susținută de Cattell și Eysenck, ambii încercând să deceleze trăsăturile majore ale personalității, prezente la alți indivizi, dar cu unele specificități. Teoriile acestor doi psihologi vor fi discutate în paragraful 2.2.

Teoria psihanalitică a lui Freud a fost dezvoltată pornind de la studiile clinice de caz. De aceea, teoria lui Freud este considerată idiografică. Pentru Freud, structura personalității constă în trei sisteme interrelaționate: id, ego și superego. Un element cheie al acestei teorii îl reprezintă noțiunea de inconștient, în care sunt depozitate amintirile

reprimare („uitare”) și care influențează gândirea și comportamentul conștient. În capitolul 3 vom prezenta atât teoria lui Freud, cât și teoria postfreudiană a lui Jung și Erikson.

Abordările tipului și trăsăturilor de personalitate

Mulți teoreticieni utilizează conceptul de *trăsături* pentru a descrie personalitatea. Trăsăturile sunt acele aspecte stabile și de durată care se reflectă în comportamentul persoanei - de exemplu, o persoană „vioaie” sau „temperamentală”. Cattell este unul dintre teoreticienii trăsăturilor de personalitate. Alți psihologi subscriu punctului de vedere conform căruia indivizii pot fi clasificați de **tipuri** distincte de personalitate. Probabil că una dintre primele teorii de acest gen este cea a medicului grec Hipocrate, care clasifica persoanele în funcție de *tipul lor temperamental*: sanguin, flegmatic, melancolic și coleric. Hipocrate considera că personalitatea este dominată de unul dintre cele patru fluide ale corpului: sânge, limfă, bilă galbenă și bila neagră.

Trebuie remarcat faptul că o persoană nu poate avea diferite niveluri ale unui anumit tip de personalitate, ci poate sau nu să aparțină unui tip particular de personalitate. Pe de altă parte, trăsăturile au o distribuție normală la nivelul populației și se regăsesc, în diferite grade, la toți indivizii.

Unul dintre cei mai faimoși și prolifici teoreticieni ai personalității este H.J. Eysenck. Teoria lui propune două dimensiuni majore a personalității, care alcătuiesc un continuum de-a lungul căruia poate fi plasat orice individ. Aceste două dimensiuni sunt *Introversiune-Extraversiune* și *Nevrotism-Stabilitate*. Atât Cattell, cât și Eysenck și-au dezvoltat teoriile pe baza analizei rezultatelor obținute în urma aplicării unui număr mare de chestionare de personalitate, completând aceste date cu observarea directă a comportamentului. Ambii au utilizat tehnica statistică a *analizei factoriale* (v. § 1.1). Aceste teorii vor fi analizate în paragraful 2.2, odată cu alte teorii multidimensionale mai recente.

Consecvența și specificitatea situațională

Abordările care vizează trăsăturile de personalitate consideră personalitatea ca fiind consecventă. Astfel, se consideră că oamenii reacționează, în general, similar în situații diferite: o persoană sinceră la locul de muncă este sinceră și în relațiile cu prietenii; o persoană agresivă se comportă ca atare indiferent de situație sau loc. Consecvența trăsăturilor de personalitate a fost pusă la îndoială de Mischel, care susține că un comportament este influențat mai mult de situația în care se găsește persoana decât de temperamentul acesteia.

Mischel critică teoriile tradiționale ale personalității, în care noțiunea de trăsătură este utilizată atât în probleme conceptuale, cât și în cele statistice. Argumentele sale au condus către formularea unei **abordări situaționiste**, care consideră comportamentul ca fiind determinat, în cea mai mare măsură, de situațiile care intervin. Studiile mai recente, și-au concentrat atenția asupra interacțiunii dintre temperamentul persoanei și caracteristicile situației în care aceasta se găsește. Astfel, **abordarea interacționistă** tinde către un compromis între abordarea trăsăturilor de personalitate și cea situaționistă. Vom discuta problema consecvenței personalității în paragraful 2.3, unde cititorul va regăsi și o discuție mai largă asupra pozițiilor situaționiste și interacționiste.

Care sunt caracteristicile unei bune teorii?

Având în vedere controversele și dezacordurile dintre teoreticienii personalității, s-ar putea spune care sunt caracteristicile unei teorii bune, valide? Cei mai mulți teoreticieni sunt de acord că o teorie validă a personalității trebuie să fie:

- consistentă și logică; să pornească de la ipoteze verificabile empiric;
- susținută de date științifice valide;
- capabilă să descrie și să aplice comportamentul uman în termeni operaționali; de exemplu cât de utilă și apropiată de viața

reală poate fi o teorie expusă în termenii anticipării opțiunilor profesionale adecvate sau a înțelegerii cauzelor tulburărilor psihice?

Cititorul poate face apel la aceste criterii atunci când va urmări teoriile personalității care urmează să fie expuse.

Autoevaluare

1. Explicați, pe scurt, câteva dintre modalitățile de definire a personalității.

2. Faceți distincția între abordarea idiografică și cea nomotetică în studiul personalității, făcând referiri la reprezentanții fiecăreia.

3. Ce înțelegeți prin abordarea trăsăturilor de personalitate? Dar prin abordarea tipului de personalitate?

4. Care sunt problemele ridicate în legătură cu consecvența personalității?

5. Care sunt caracteristicile îndeplinite de o teorie validă a personalității?

2.2. ABORDĂRILE MULTIDIMENSIONALE

Trăsăturile de personalitate și tipuri de personalitate

Așa cum am arătat și în prima parte a acestui capitol, unii teoreticieni ai personalității au clasificat indivizii în funcție de tipul lor distinct de personalitate. Ne-am referit deja la Hippocrate și patru temperamente stabilite de el, determinate de predominanța unuia dintre fluidele corpului. Alte teorii s-au concentrat asupra posibilelor legături între temperament și fizicul organismului, așa cum este teoria lui **William Sheldon** (1942). Astfel de teorii au un suport intuitiv, ca și tendința populară care consideră că oamenii grași sunt veseli, iar cei slabi sunt sensibili. Totuși, se pot identifica și date empirice care susțin legăturile dintre tipul de organism și temperament. Inscriindu-se în același tip de abordare, alte teorii clasifică indivizii în categorii psihologice pure. De exemplu, **Jung** (1923), teoretician

psihanalitic (vezi capitolul 3), susține că oamenii sunt predominant „introverți” sau „extraverți”; introverții sunt timizi și orientați către sine, în timp ce extraverții sunt deschiși și încrezători.

Noțiunea de tip de personalitate prezintă avantaje datorită simplității ei. Dar, cercetările sugerează că oamenii diferă mult în funcție de *gradul* în care manifestă o caracteristică particulară sau o anumită dimensiune a comportamentului lor. Hampson (1988) argumenta că diferențele interindividuale nu pot fi surprinse adecvat prin plasarea rigidă a indivizilor în câteva categorii. Studiile mai recente asupra personalității se concentrează pe conceptul de trăsături.

Deși există multe definiții ale acestui concept, care diferă ca detalii, trăsăturile sunt considerate, în general ca fiind „acele caracteristici generale, relativ stabile și de durată care permit explicarea și evaluarea comportamentului” . (Hirshberg, 1978, p.45). Astfel, personalitatea unui individ poate releva trăsături dominante precum altruism și comunicativitate sau timiditate și sensibilitate.

Teoriile multidimensionale urmăresc alcătuirea unui tablou al personalității în ansamblu. Obiectivul lor este să identifice acele trăsături caracteristice personalității umane și să elaboreze teste care să indice diferențele dintre indivizi în funcție de aceste trăsături. Aceste teorii pornesc de la ideea că indivizii au o structură primară de personalitate, care este comună, dar diferă între ei în funcție de manifestarea trăsăturilor particulare.

Cei mai cunoscuți reprezentanți ai abordării multidimensionale sunt Eysenck (1947) și Cattell (1965), ale căror teorii le vom analiza în continuare. Testele de personalitate elaborate de acești doi psihologi sunt larg folosite astăzi; de aceea, considerăm utilă înțelegerea teoriilor care le stau la bază. Pentru început, prezentăm, în figura 2.1, câteva dintre asemănările și deosebirile dintre cei doi psihologi amintiți.

1. Ambii au studiat în Anglia și au practicat psihologia, Eysenck în domeniul clinic, iar Cattell în educație.

2. Ambii au fost influențați de studiile lui Spearman și Burt asupra inteligenței (v. § 1.1).

3. Ambii au utilizat *analiza factorială* (descrișă în capitolul 1) pentru a stabili dimensiunile majore de personalități umane, similar cu modul în care

Spearman și Burt au identificat structura inteligenței. Reamintim că analiza factorială este o tehnică statistică, folosită pentru a reduce un număr mare de date la câteva caracteristici generale sau factori. Eysenck și Cattell au analizat scorurile obținute de subiecți la chestionarele de personalitate și la testele obiective, completate cu observații directe ale comportamentului (cititorul poate să revadă figura 1.1 cu privire la analiza factorială).

4. Deoarece au utilizat variante diferite ale analizei factoriale Eysenck și Cattell au ajuns la reprezentări diferite ale personalității. În timp ce Eysenck s-a oprit la **metodele ortogonale** ale analizei factoriale, Cattell a folosit **metodele oblice**.

Fig.2.1. O comparație între Eysenck și Cattell.

Prin metodele ortogonale, factorii obținuți sunt puțini, necorelați și independenți unul față de celălalt; aceasta înseamnă că scorul obținut de un subiect la un anumit factor nu dă nici un fel de indicații asupra dimensiunilor altui factor.

Metodele oblice determină obținerea unui număr mare de factori, corelați și interdependenți. Coeficienții de corelație calculați prin metode oblice pot fi folosite ca date primare ale unei a doua analize factoriale, rezultând **factori secundari**. Aceștia reprezintă reformulări ale factorilor primari (originali). În general, factorii primari conturează trăsăturile de personalitate, iar cei secundari, tipul de personalitate.

Datorită preferinței pentru analiza factorilor primari, rezultați prin metode oblice, teoria lui Cattell se înscrie printre abordările trăsăturilor de personalitate, în timp ce teoria lui Eysenck se înscrie printre abordările tipului de personalitate, deoarece are la bază un număr mic de factori secundari, necorelați (numiți de Cattell „trăsături de suprafață”), obținuți printr-o analiză ortogonală. Trebuie remarcat faptul că Eysenck a preferat termenul de „dimensiune” în locul celui de „tip” de personalitate. Conceptul de dimensiune sugerează că personalitatea unui individ poate fi plasată într-un anumit punct al unui continuum (în loc să fie catalogată strict, ca în cazul conceptului de tip de personalitate).

Teoria lui Eysenck

Eysenck (1947) a analizat, prin tehnica factorială, rezultatele obținute, la teste și chestionare, de către un lot de subiecți, format din 700 de foști soldați, diagnosticați ca nevrotici. În urma studiului, el a concluzionat că personalitatea poate fi descrisă prin două dimensiuni majore: **introversie-extraversie** și **nevrotism-stabilitate**. Cele două dimensiuni au o distribuție normală la nivelul populației, majoritatea persoanelor plasându-se în zona centrală a curbei de distribuție și doar câteva la ambele extreme. Prezentăm, mai jos, câteva dintre caracteristicile pe care Eysenck le-a asociat pozițiilor extreme ale acestor dimensiuni:

1. **Introversiune-Extraversiune** (E). Introvertiții tipici sunt serioși și rezervați, preferând solitudinea și activitățile individuale. Sunt precauți, ordonați și cumpătați.

Extravertiții tipici sunt sociabili, permanent în căutare de companie; sunt atrași de activitățile excitante și sunt gata să-și asume riscuri. Sunt impulsivi, permanent în activitate, optimiști, dar nu întotdeauna demni de încredere.

2. **Nevrotism-Stabilitate** (N). Indivizii cu nevrotism ridicat sunt înclinați spre anxietate și iritabilitate. Se plâng, în general, de dureri de cap și suferă de tulburări de alimentație și somn.

Indivizii stabili au răspunsuri emoționale de un nivel scăzut; sunt, în general, calmi, temperați și controlați.

Reamintim că aceste descrieri se aplică doar extremelor dimensiunilor personalității, astfel încât majoritatea oamenilor se plasează într-o poziție centrală a continuumului delimitat de aceste extreme.

Studiile ulterioare, bazate pe analiza factorială, i-au permis lui Eysenck să identifice o a treia dimensiune-**psihotismul** (P), care nu se relatează cu dimensiunea E sau cu dimensiunea N. Persoanele cu scoruri înalte pe scala psihotismului au tendințe către singurătate și

sunt lipsite de sentimente pentru cel din jur. Sunt insensibile, agresive și ostile. Spre deosebire de celelalte două dimensiuni, P nu se distribuie normal la nivelul populației. Majoritatea indivizilor obțin scoruri scăzute pentru această dimensiune (Eysenck și Eysenck, 1976); scoruri ridicate se întâlnesc la criminali și schizofrenici (Hampson, 1988).

Evaluarea dimensiunilor personalității

Inițial, dimensiunile descrise de Eysenck au fost evaluate folosind scale de observare. Ulterior, Eysenck și colaboratorii săi au elaborat o serie de chestionare pentru evaluarea dimensiunilor E și N. Cea mai recentă versiune este ***Inventarul Eysenck pentru personalitate*** {***Eysenck Personality Inventory-EPI***, Eysenck și Eysenck, 1964). Acest chestionar este format dintr-o serie de întrebări, cu variante de răspuns „da” sau „nu”. EPI conține și o ***scală de evaluare a minciunii***, care identifică tendința subiecților de a da răspunsuri acceptabile social. Și mai recent, a fost elaborat ***Chestionarul Eysenck pentru personalitate*** (***Eysenck Personality Questionnaire - EPQ***, Eysenck și Eysenck, 1975), care conține și o scală de evaluare a dimensiunii P.

Inițial, EPI și EPQ au fost destinate cercetării și mai puțin diagnozei clinice, dar, ulterior, ele au fost reconsiderate în termeni de fidelitate și validitate. Barrett și Kline (1982) concluzionează că dimensiunile evaluate prin EPQ apar cu o claritate remarcabilă în trei loturi diferite de populație. O serie de alte studii au demonstrat, însă, că dimensiunea P a fost definită mai puțin clar decât E și N, rămânând una dintre cele mai controversate dimensiuni descrise de Eysenck.

Chestionarele de personalitate ale lui Eysenck, ca și cele ale lui Cattell, sunt exemple de teste psihometrice (v. §.1.2). Ca și testele de inteligență, ele au fost supuse criteriilor de fidelitate și validitate.

Structura ierarhică a personalității

Așa cum am arătat deja, Eysenck consideră că structura personalității presupune trei dimensiuni diferite. Ca suport al acestei afirmații, el oferă un model ierarhic al personalității (fig.2.2), care ilustrează în mod clar și procesele implicate în analiza factorială.

Urmărind figura 2.2, nivelul inferior se referă la numeroasele componente specifice ale comportamentului, precum o discuție purtată în magazin sau citirea unei cărți în autobuz. La nivelul imediat superior sunt relevate răspunsurile habituale, care reprezintă modalități tipice de comportament, formate din grupuri de răspunsuri specifice. Răspunsurile habituale pot fi explicate prin trăsăturile care formează cel de-al treilea nivel. De exemplu, în figura 2.2, „sociabilitatea” include răspunsuri habituale de tipul „participare la petreceri, întâlniri” și „participare la jocuri sportive”. Vârful ierarhiei este reprezentat de nivelul tipului de personalitate, care, în figură, este extraversiunea. Sociabilitatea și asumarea riscurilor sunt doar două din subcomponentele dimensiunii E. (Deși Eysenck se referă la vârful ierarhiei ca la „nivelul tipului”, vă reamintim că E, N și P sunt *dimensiuni* ale personalității și nu tipuri de personalitate, din moment ce orice persoană posedă toate cele trei dimensiuni, în grade diferite și nu poate fi inclusă într-o categorie rigidă).

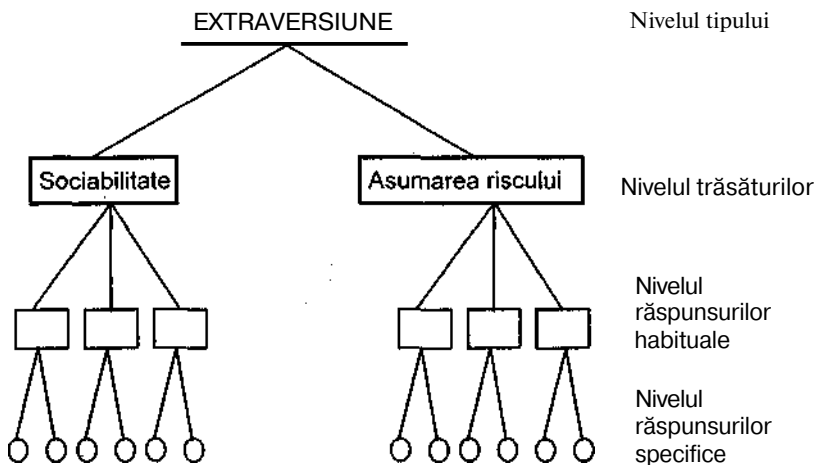


Fig. 2.2. O ilustrare a Modelului Ierarhic al personalității, elaborat de Eysenck, cu particularizare pe Extraversiune (după Eysenck, 1947).
(Notă: Modele similare au fost conturate și pentru nevrotism și psihotism)

Conform lui Eysenck, cunoașterea scorului obținut de o persoană la una dintre cele trei dimensiuni, situându-ne, deci, la nivelul tipului din modelul ierarhic, face posibilă predicția legată de trăsăturile, răspunsurile habituale și cele specifice determinate de dimensiunea respectivă. Argumentul pe care îl aduce Eysenck în această privință provine din utilizarea analizei criteriilor. Aceasta presupune aplicarea chestionarelor EPI și EPQ la grupuri de subiecți, ale căror diferențe legate de dimensiunile E, N și P sunt deja cunoscute. Este de așteptat ca persoanele identificate clinic ca nevrotice, de exemplu, să obțină scoruri înalte pentru dimensiunea N, față de persoanele care nu sunt nevrotice.

Bazele fiziologice ale personalității

Teoria lui Eysenck nu oferă date consistente cu privire la bazele biologice ale dimensiunii P. Autorul susține, însă, că diferențele dintre indivizi, în ceea ce privește dimensiunile E și N, depind de tipul de sistem nervos al fiecăruia. Prezentăm mai jos, câteva idei care ilustrează acest aspect al teoriei lui Eysenck:

1. Conceptul de *excitație corticală* (sau stare de alertă) se asociază dimensiunii E. Se consideră că extravertiții au un nivel mai scăzut decât introvertiții, ceea ce îi determină să caute permanent stimularea (pentru a-și ridica nivelul de excitație corticală). Prin comparație, introvertiții sunt, în general, supraexcitați cortical și își elaborează strategii de evitare a stimulării excesive.

2. Excitația corticală este controlată prin activitatea unei anumite părți a creierului, cunoscută ca **sistemul activator reticular** (*reticular activating system — ARAS*); acesta este ușor de activat la introvertiți, dar răspunde mai greu la extravertiți. Eysenck sugerează că extravertiții au un sistem nervos „puternic” - sistemul activator reticular tinde să *inhibe* impulsurile neuronale („mesaje” chimice care circulă la nivelul sistemului nervos (v.fig.5.3) pentru o scurtă explicație a transmiterii neuronale); ceea ce scade efectul stimulării la nivel cortical. În schimb, introvertiții au un sistem nervos „slab” - sistemul activator reticular determină o puternică *excitație*, care vine în

întâmpinarea stimulării, amplificându-i efectele. Cu alte cuvinte, o stimulare slabă are asupra introverților un efect relativ puternic, în timp ce extravertiții au nevoie de o stimulare puternică pentru a-i simți efectele (și, de aici, tendința lor de a căuta stimularea).

3. Eysenck propune, ca bază fiziologică a dimensiunii N, **sistemul nervos autonom {autonomie nervous system - ANS), ca o diviziune simpatetică a sistemului nervos autonom. Acest sistem este activ când reacțiile emoționale puternice se asociază cu reacții somatice (de exemplu, creșterea pulsului și a ritmului cardiac, transpirația sau durerile abdominale). La nevrotici, sistemul nervos autonom reacționează mai rapid și mai puternic la stimulări, ceea ce îi expune la anxietate.**

Capacitatea de condiționare

Așa cum am arătat, Eysenck consideră că factorii biologici pot explica diferențele dintre introverți și extraverți, dintre nevrotici și stabili. Unul dintre cele mai semnificative efecte psihologice, remarcă Eysenck, constă în ușurința sau dificultatea cu care indivizii pot fi condiționați. Datorită sensibilității lor la stimulare, introverții pot fi condiționați mai repede și mai puternic decât extravertiții. Această diferență a fost demonstrată de Franck (1956, 1957), care a organizat un experiment în care introverții au fost condiționați, mai repede decât extravertiții, să răspundă printr-o clipire a ochilor la un stimul sonor. Datele biologice sugerează că, din moment ce nivelul excitației este mai ridicat la introverți decât la extraverți, sistemul lor nervos este mai disponibil să formeze asociațiile necesare unui reflex condiționat.

Aceste diferențe între capacitățile de condiționare pot explica parțial, și paternurile specifice de comportament ale introverților și extraverților. Schackleton și Fletcher (1984) evidențiază că introverții, a căror condiționare socială este mai accentuată, sunt mai conformiști și mai precauți decât extravertiții. .

Teoria lui Eysenck are o bază biologică reală?

În această privință, putem remarca patru tipuri de date: date genetice, studii de laborator, date clinice și comportamentul real (în situații naturale). Astfel:

1. ***Datele genetice.*** Shields (1976) a arătat că gemenii identici (cu structură genetică identică) prezintă similitudini semnificative pentru dimensiunile E și N, comparativ cu gemenii fraternali (cu structură genetică diferită).

2. ***Studiile de laborator.*** Bazele biologice ale teoriei lui Eysenck sugerează diferențe la nivelul de excitație corticală între introverțiți și extraverțiți. Excitația corticală este măsurată prin tehnica electroencefalografică (EEG), care redă activitatea electrică a creierului. Gale (1981) a trecut în revistă 30 de studii care încearcă să stabilească o legătură între activitatea înregistrată electroencefalografic și dimensiunile personalității. Doar jumătate dintre aceste studii indicau diferențe semnificative între introverțiți și extraverțiți, studiile mai recente au dat rezultate mai bune în această privință. Gale observa că și condițiile de laborator pot influența activitatea corticală - mai exact, extraverțiții par mai puțin influențați de condițiile de laborator decât introverțiții. Ca urmare, rezultă că, pentru obținerea unor date semnificative, este necesar un control atent al condițiilor experimentale.

3. ***Datele clinice.*** Studiile în care s-au utilizat loturi de subiecți cu tulburări psihice au indicat faptul că indivizii cu un nivel înalt pentru dimensiunea N manifestă o gamă largă de răspunsuri fizice (de tipul transpirației abundente sau accelerării ritmului cardiac). Acești subiecți eșuează adesea în încercarea de a se acomoda cu stimulii externi, ceea ce implică o funcționare restrânsă a sistemului nervos autonom (Lader, 1975). Însă, nu există dovezi semnificative pentru existența unor astfel de legături între dimensiunea N și funcționarea sistemului nervos autonom la subiecții fără probleme psihiatrice. Astfel, nu putem afirma valabilitatea asocierii pe care o sugerează Eysenck între dimensiunea N și funcționarea sistemului nervos autonom.

4. ***Comportamentul în situații naturale.*** Chestionarul de personalitate al lui Eysenck s-a dovedit un instrument de predicție

relativ valoros pentru evaluarea comportamentelor în afara laboratorului. Într-un studiu asupra opțiunilor în timpul liber, Fumham (1981, 1982) evidențiază că extravertiții, au tendința de a căuta situații sociale stimulative, care implică combativitate, competitivitate, intimitate și ocazii de afirmare. Autorul consideră aceste opțiuni ca o reflectare a încercării extraverților de a-și ridica nivelul de excitație corticală. Nevroticii evită interacțiunile sociale și situațiile competitive, în timp ce persoanele cu scoruri înalte pentru dimensiunea P aleg situațiile în care îi pot manipula pe cei din jur.

Teoria lui Eysenck asupra criminalității

Eysenck, în 1964, propunea, drept cauză a incidenței crescute a criminalității într-un grup, capacitatea scăzută de condiționare a extravertiților, altfel spus, socializarea lor scăzută. O combinație între scorurile înalte ale dimensiunilor N și E poate produce o tendință puternică, la nivel de grup, către comportamentul antisocial. Astfel, pentru Eysenck, criminalul tipic este un nevrotic extravert. Ulterior, criminalitatea a fost asociată și cu nivelurile înalte pentru dimensiunea P (Eysenck și Eysenck, 1970).

Datele cercetărilor s-au dovedit echivoce. Două studii au evidențiat scoruri mai ridicate pentru dimensiunea P la băieții delincvenți, comparativ cu grupul de control (Edmunds și Kendrick, 1980; Farrington și colab. 1982). Rushton și Crisjohn (1981) au arătat că dimensiunile E și P, dar nu și N, se asociază cu autodenunțarea delincvenților. Au fost elaborate multe studii care nu susțin afirmațiile lui Eysenck. Consultând o serie de cercetări, care comparau un lot de prizonieri cu un lot de control, din punct de vedere al scorurilor obținute la EPI, Cochrane (1974) concluziona că, deși subiecții obțineau scoruri înalte pentru dimensiunea N, nu obțineau scoruri similare și pentru E. Deci, nu există date convingătoare pentru ideea că delincvenții au un nivel înalt al extraversiunii, deși unele date confirmă un nivel mai înalt al nevrotismului și psihotismului.

Evaluarea contribuției lui Eysenck

1. Așa cum am remarcat deja, nu există o bază solidă pentru unele aspecte ale teoriei lui Eysenck. Studiile ulterioare oferă validitate dimensiunilor E și N și, parțial, dimensiunii P. Dar, elementul cheie al teoriei sale - afirmația conform căreia introvertiții pot fi condiționați mai ușor decât extravertiții - are un suport limitat. În consecință, aplicarea acestui element la nivelul condiționării sociale, ca și la nivelul diferențelor comportamentelor sociale manifestate de introvertiți prin comparație cu extravertiții, pare cel puțin precară.

2. Kendrick (1981) sugerează că aplicațiile clinice ale teoriei lui Eysenck sunt limitate; doar câțiva clinicieni au utilizat, în tratamentul pacienților, predicțiile ce converg din această teorie. Lanyon (1984) afirma că EPI nu a fost suficient validat pe eșantioane clinice pentru a-și demonstra, astfel, valoarea practică.

3. Criticii și-au pus întrebarea dacă un instrument atât de simplu, cu răspunsuri „da”/„nu”, precum EPI, poate evalua complexitatea personalității umane (Heim, 1970a).

4. În ciuda confirmărilor insuficiente, Shackleton și Fletcher (1984) apreciază în mod deosebit teoria lui Eysenck și remarcă faptul că aceasta a generat foarte multe studii și a propus un model al personalității de o valoare inestimabilă pentru cercetători. Referindu-se la Eysenck, acești doi autori notează: „aproape fiecare problemă pe care el a studiat-o a găsit ecou în lumea științifică și a beneficiat de pe urma dezbaterilor provocate”.

Teoria lui Cattell

Toate studiile lui Cattell (1965) converg către o teorie complexă a personalității, care postulează că structura primară a personalității umane este formată din cel puțin 20 de trăsături. Cercetările sale privind funcționarea umană au fost adesea ignorate de alți teoreticieni ai personalității (de exemplu, abilitățile, emoțiile, motivația, învățarea). Ca și Eysenck, Cattell a elaborat un chestionar destinat evaluării

personalității. Prezintă, în continuare, principalele elemente ale abordării sale.

Structura personalității

Cattell și-a început cercetările folosind o tehnică care să asigure investigarea tuturor aspectelor personalității. Cu ajutorul unui dicționar explicativ, el a înregistrat 18 000 de cuvinte (denumiri de trăsături), utilizate în limbajul cotidian pentru descrierea personalității. Intenția sa consta în reducerea volumului mare de date la proporții mai ușor de prelucrat și interpretat, ceea ce a fost posibil prin analiza factorială (tehnică pe care deja am descris-o). Principalele faze ale analizei sale au fost următoarele:

1. Autorul a observat grupuri de subiecți, pe care, ulterior, le-a clasificat în funcție de trăsăturile de personalitate decelate. Analiza factorială a acestor date a condus la 15 factori primari (denumiți de Cattell *trăsături primare*), care ar putea acoperi toți termenii utilizați pentru descrierea personalității umane. Acești factori primari au fost codificați ca **date L** (*life-data*), fiind obținuți prin observații efectuate în situații naturale.

2. Cea de-a doua fază a analizei a implicat elaborarea unui chestionar bazat pe cele 15 trăsături identificate. Rezultatele obținute prin aplicarea acestui chestionar unor loturi de subiecți au fost supuse analizei, apărând 16 noi factori și 12 factori asemănători trăsăturilor primare. Deci, trei dintre factorii primari nu au reapărut în a doua fază a analizei, dar au fost decelați 4 noi factori. Acești factori, codificați de Cattell ca **date Q** (*questionnaire-data*), ca și cei rezultați din prima analiză, formează baza Chestionarului PF16 (Chestionarul celor 16 factori ai personalității), larg utilizat astăzi (fig.2.3). Primii 12 factori (de tipul datelor L și Q) au fost desemnați cu litere de la A la L, iar ultimii 4 factori fac parte doar din categoria datelor Q, fiind desemnați ca: **Q¹, Q², Q³ și Q⁴**.

3. În a treia fază, au fost administrate, unor loturi mari de subiecți, o serie de teste obiective. Acestea implicau observarea subiecților în situații structurate (de exemplu, umflarea unui balon,

72 Diferențe interindividuale

situație care identifică persoanele timide), ceea ce permitea formularea unor predicții cu privire la comportamentul subiecților în situații variate. Astfel, au rezultat 21 de factori - *date T (testing-data)*, dintre care câțiva coincid cu cei derivați din datele chestionarului.

Astfel, Cattell a utilizat un șir comprehensiv de măsuri ale comportamentului uman, în scopul de a contura structura primară a personalității. Din păcate, cele trei surse de date descrise nu au relevat structuri similare. În timp ce structurile derivate din datele L și Q prezintă unele similitudini, datele T identifică aspecte diferite ale personalității. Din aceste ultime date au decurs 20 de factori, dar Hampson (1988) remarcă că relațiile dintre aceștia și cei rezultați din datele L și Q nu sunt încă bine stabilite.

Descrierea pentru scoruri scăzute	Factorul	Descrierea pentru scoruri ridicate
Rezervat, detașat	A	Deschis, pasional
Mai puțin inteligent, gândire concretă	B	Inteligent, gândire abstractă
Instabil, emoțional, iritabil	C	Stabil emoțional, calm, matur
Umil, moderat, supus	E	Dominant, agresiv, încăpățânat
Sobru, precaut, serios	F	Impulsiv, entuziast
Inconsecvent, nu ține seama de reguli	G	Perseverent, conștiincios
Timid, retras	H	Aventuros, îndrăzneț
Încrezător în sine, dur	I	Nesigur, delicat
Adaptabil, de încredere	L	Suspicios, opozant
Practic, grijuliu	M	Imaginativ, neconvențional
Simplu, natural	N	Rău, calculat
Sigur de sine, bun confident	O	Nesigur, înclinat spre autoculpabilizare
Tradiționalist, conservator	Q ¹	Liberate, deschis experiențelor
Dependent de grup	Q ²	Independent, individualist
Nedisciplinat, conflictual	Q ³	Tipicar, controlat
Relaxat, stăpânit	Q ⁴	Tensionat, frustrat

Fig.2.3. Factorii măsurați prin Chestionarul PF 16 (după Cattell, 1965).

Punctele comune ale teoriilor lui Cattell și Eysenck

Așa cum am arăta, Cattell a folosit o variantă oblică a analizei factoriale, din care a rezultat un număr relativ mare de factori primari (care reprezintă baza pentru trăsăturile măsurate de Chestionarul PF16). Această metodă, considera autorul, oferă o mai mare acuratețe și conturează mai bine structura personalității decât factorii secundari decurși din analiza ortogonală utilizată de Eysenck. Totuși, Cattell a supus factorii primari unei a doua analize, identificând un număr mai mic de factori secundari (denumiți de el *trăsături de suprafață*). Doi dintre acești factori, extraversia și anxietatea, corespund îndeaproape cu cele două dimensiuni majore ale modelului lui Eysenck: extraversiunea și nevrotismul. Astfel, se pare că cele două abordări ale structurii personalității au mai multe puncte comune decât s-ar părea la prima vedere; diferențele rezultă, în special, din tehnicile de analiză factorială utilizate de cei doi.

Evaluarea personalității conform teoriei lui Cattell

Cattell și colaboratorii săi au elaborat o serie de chestionare, dintre care cel mai valoros, pentru adulți, este PF16 (Cattell și colab, 1970). Acest chestionar măsoară factorii indicați în figura 2.3. Există și variante ale acestui chestionar destinate copiilor.

Aceste teste sunt aplicabile subiecților normali. Spre deosebire de Eysenck, Cattell consideră că personalitatea patologică diferă calitativ de personalitatea normală (Cattell, 1973). De aceea, PF16 poate identifica subiecții nevrotici, el conține și factori adiționali destinați unor trăsături specifice ale psihoticilor (neîntâlnite în grupurile de subiecți normali). Cattell și Kline (1977) au prezentat 12 factori patologici, dintre care 7 au fost asociați depresiei.

Influențele factorilor situaționali asupra comportamentului

Deși Cattell considera că factorii generali ai personalității, ca și aptitudinile, de altfel, rămân relativ constanți în timp, el recunoaște că situațiile diferite și stările corpului pot influența temporar comportamentul. De exemplu, stări precum oboseala, entuziasmul, teama sau

consumul de alcool pot determina o persoană să acționeze altfel decât „îi stă în caracter”. De aceea, este lipsită de valoare formularea unor predicții comportamentale bazate doar pe trăsăturile de personalitate, fără a se ține seama de dispoziția sau starea legată de o situație particulară.

Se poate observa atenția mai mare pe care Cattell, comparativ cu Eysenck, o acordă fluctuațiilor temporare ale comportamentului, determinate de unele circumstanțe particulare. Aceasta l-a determinat să elaboreze Chestionarul „celor 8 stări”, care măsoară factori de dispoziție și stare precum depresia, excitația nervoasă, anxietatea sau oboseala. Acești factori vizează fenomene pe termen scurt (de exemplu, starea de agitație de care este cuprinsă o persoană normală în urma unui accident de circulație).

Aplicații practice ale teoriei lui Cattell

Prezentăm, mai jos, câteva dintre domeniile în care Cattell și-a aplicat teoria:

1. ***Psihologia anormalității***. Chestionarul PF16 a fost aplicat în situații clinice, în special în scopuri de cercetare și mai puțin de diagnostic, din cauza validității sale insuficient determinate (Williams și colab, 1972). Pentru instituțiile cu profil psihiatric, a fost elaborat și validat Chestionarul de analiză clinică.

2. ***Selecție profesională și consiliere***. Pornind de la scorurile obținute la chestionar, Cattell a prevăzut profile de personalitate pentru diferite grupuri profesionale (de exemplu, contabili și avocați). Aceste profile sunt folosite în consilierea profesională.

3. ***Educație***. Testele destinate de către Cattell copiilor și adolescenților sunt larg utilizate în instituțiile de educație.

Studiile sale asupra inteligenței au condus la elaborarea unui test care încearcă măsurarea inteligenței necontaminată de factorii culturali (v.fig. 1.1).

Evaluarea operei științifice a lui Cattell

1. În timp ce trăsăturile de suprafață propuse de Cattell (în special extraversia și anxietatea) și-au dovedit validitatea, pentru

trăsăturile de bază, studiile nu au putut găsi un suport la fel de solid (Eysenck și Eysenck, 1969; Vagg și Hammond 1976; Saville și Blinkhorn, 1976; Browne și Howarth, 1977). Totuși, Kline (1981b) argumenta această lipsă de suport prin folosirea unor tehnici de analiză variată și, uneori, inadecvate.

2. Peck și Whitlow (1975) remarcau că, pentru a fi acceptată de majoritatea psihologilor, teoria lui Cattell trebuie să demonstreze că datele pe care le are la bază sunt corecte și capabile să determine un număr stabil de factori primari. De asemenea, acești factori trebuie să-și demonstreze atât validitatea psihologică, cât și cea matematică.

3. În ciuda contradicțiilor dintre Eysenck și Cattell cu privire la metodele de formulare a structurii personalității, există o serie de puncte comune legate de factorii secundari, ceea ce conferă o relativă validitate ambelor teorii, ca și chestionarelor derivate.

Concluzii: „Big Five”

Din cele discutate până în acest moment, se poate reține descrierea structurii personalității în termeni de dimensiuni majore-nevrotism, extraversiune, psihotism (teoria lui Eysenck) sau de trăsături detaliate, sub forma a 16 sau 23 de factori (teoria lui Cattell). S-au relevat deja similitudinile acestor teorii. Care este concluzia? Se poate realiza un compromis, care să cuprindă 5 factori majori ai personalității (care decurg din teoriile celor doi psihologi). Iată câteva opinii ale specialiștilor asupra acestei concluzii:

1. Una dintre cele mai serioase confirmări ale acestei concluzii se regăsește în studiile lui Norman (1963), Tupes și Christal (1971). Acești cercetători au supus analizei factoriale datele obținute în urma aplicării chestionarului lui Cattell pe diferite loturi de subiecți. În ciuda diferențelor dintre loturi, s-a conturat o structură comună de bază a personalității, structură ce poate fi descrisă prin 5 factori principali. Aceștia au fost denumiți astfel: extraversiune, amabilitate, conștiinciozitate, stabilitate emoțională și cultură. Acești factori sunt cunoscuți sub numele de *Big Five* (*marele cinci*). În Figura 2.4 puteți urmări o descriere mai detaliată a scalelor de trăsături ce caracterizează cei 5 factori.

„ • .

76 Diferențe interindividuale

2. Cei 5 factori descriși în figura 2.4, au fost identificați în multe studii desfășurate pe loturi de copii (Digman și Inouye, 1986) și de adulți (McCrae și Costa, 1985, 1987). Totuși, există unele controverse cu privire la natura acestor factori. McCrae și Costa (1985) au propus un nou factor de personalitate - *disponibilitatea* - care se referă la indivizii *deschiși la experiențe*, așa cum o indică înclinațiile artistice și intelectuale, creativitatea, liberalismul, valorile netradiționale, independența și lipsa de pragmatism. Eysenck și Eysenck (1985) se declară împotriva acestui nou- factor, argumentând că este doar opusul psihotismului. Hampson (1988) consideră disponibilitatea pentru experiență ca o parte componentă a unuia dintre cei cinci factori majori și anume a culturii.

3. Goldberg (1981) remarcă că Big Five poate cuprinde toate structurile de personalitate derivate de către teoreticieni din evaluarea^ și clasificarea trăsăturilor de personalitate.

4. Hampson (1988) concluzionează: „Deși dezbateră cu privire la structura personalității este departe de finalizare..., Big Five reprezintă un compromis rezonabil între pozițiile extreme pe care de situează Eysenck și Cattell" (p.71).

Factorul	Scala trăsăturilor caracteristice
extraversiune	vorbăreț - tăcut deschis-secretos sociabil - singuratic
amabilitate	binevoitor-iritabil • negelos-gelos blând-dur
conștiinciozitate	meticulos, ordonat - nepăsător responsabil - neresponsabil scrupulos - nescrupulos
stabilitate emoțională	stăpânit - nervos, tensionat calm - anxios liniștit - excitabil
cultură	sensibil artistic - insensibil artistic reflexiv - limitat intelectual rafinat, stilat - nerafinat, needucat

Fig. 2.4. Cei 5 factori care formează structura de bază a personalității (după Norman, 1963).

Autoevaluare

1. În ce scop au folosit Eysenck și Cattell analiza factorială în studiile lor asupra personalității?
2. Relevați principalele dimensiuni ale personalității identificate de Eysenck. Care este tehnica de evaluare a acestora?
3. Treceți în revistă cele mai importante afirmații ale lui Eysenck cu privire la bazele fiziologice ale personalității. Are suport științific acest aspect al teoriei sale?
4. Identificați câteva dintre punctele de divergență dintre teoria lui Eysenck și cea a lui Cattell.
5. Care sunt aplicațiile practice ale teoriei lui Cattell ?
6. Evidențiați câteva dintre punctele de vedere recente ale teoreticienilor care aparțin abordării multidimensionale a personalității.

2.3. ESTE PERSONALITATEA CONSECVENTĂ?

Conceptul de consecvență ocupă un loc central în abordarea multidimensională a personalității. Teoreticienii trăsăturilor de personalitate consideră că personalitatea este formată dintr-un număr de factori interni stabili (de exemplu, teoria lui Eysenck relevă trei astfel de factori: extraversiune, nevrotism, psihotism); acești factori sunt consecvenți și oferă indivizilor capacitatea de a se comporta similar în diferite tipuri de situații. Astfel, este de așteptat ca o persoană care este, în general, agresivă sau, dimpotrivă, timidă să se comporte similar într-o gamă largă de situații. Una dintre cele mai dure critici aduse acestei abordări se referă la afirmațiile cu privire la consecvența comportamentului. Astfel de critici aduce și Mischel (1968), teoretician al învățării sociale. Figura 2.5 oferă o scurtă expunere a teoriei învățării sociale (pentru mai multe detalii, cititorul poate consulta lucrarea lui Birch și Malim, 1988).

Teoria învățării sociale derivă din teoriile învățării, elaborate pe baza experimentelor de laborator, efectuate mai întâi pe animale, apoi și pe om. Una dintre aceste teorii este aceea o *condiționării operante*, expusă mai ales de Skinner (1974), figură semnificativă și influentă în psihologie. Principiul cheie al condiționării operante este cel al *întăririi*: dacă o persoană este *recompensată* pentru un comportament specific, într-o situație particulară, atunci ea va avea tendința să învețe acest comportament și să-l repete în situații similare. Bandura (1969) a extins această teorie, evidențiind faptul că o influență importantă asupra învățării umane o are observarea a ceea ce fac ceilalți - cu alte cuvinte, este importantă imitația sau învățarea prin observare. Ca urmare, teoria învățării sociale susține că determinanții comportamentului unui individ nu sunt caracteristicile sale interne și consecvente (trăsăturile de personalitate), ci influențele provenite din mediu - mai exact, observațiile cu privire la comportamentul celorlalți și întăririle primite din partea mediului. Este posibil ca aceste comportamente observate să fie stocate și manifestate doar în momentul în care individul simte că va fi recompensat datorită lor.

Fig.2.5. Teoria învățării sociale

Critica lui Mischel adusă teoriilor tradiționale ale personalității

În lucrarea intitulată „Personalitate și evaluare”, Mischel (1968) ataca dur conceptul de personalitate și, în special, conceptul de trăsături de personalitate. El argumenta că teoriile tradiționale, precum teoria psihanalitică a lui Freud (v.cap.3) sau teoriile trăsăturilor de personalitate, exagerează consecvența comportamentului. Autorul evidențiază rolul *situațiilor particulare*, care pot determina anumite comportamente (de exemplu, individul poate reacționa calm sau agresiv, în funcție de situație). Consecvența comportamentului, rezultă, astfel, din similitudinile situațiilor în care sunt puși indivizii.

În discuția cu privire la consecvența comportamentului, Mischel, a fost influențat considerabil de un studiu longitudinal

elaborat de Hartshorne și May (1928), care au utilizat loturi de mii de copii. Obiectivul cercetării lor consta în examinarea onestității ca trăsătură de personalitate. Ei au pornit de la ipoteza că o persoană onestă se va comporta ca atare în situații foarte diferite, indiferent de presiunile la care este supusă. Hartshorne și May au descoperit că un copil cu un comportament onest acasă nu se comportă, întotdeauna, similar la școală și invers. Ei au concluzionat că onestitatea nu este o trăsătură consecventă a comportamentului, determinată de trăsături de personalitate, ci, mai degrabă, o caracteristică dependentă de factori situaționali.

În ciuda dovezilor acestui studiu, ca și ale altor investigații, Mischel afirmă că un comportament poate fi consecvent în timp, dar numai în situații similare. El remarcă faptul că, în situații variate, comportamentul se poate modifica și, de aceea, consideră consecvența comportamentului în situații similare, ca fiind o dovadă insuficientă în favoarea existenței unor trăsături stabile ale personalității.

Situaționismul

Ca urmare a criticilor aduse de Mischel teoriilor tradiționale ale personalității, a crescut mult interesul asupra unei probleme îndelung discutate în psihologie: caracteristicile persoanei sau situația în care aceasta se găsește determină cele mai importante efecte asupra comportamentului? Mischel, care, așa cum am arătat deja, a subscris ultimei variante, a devenit cunoscut ca fiind *situaționist*.

Sunt cunoscute o serie de cercetări care au evidențiat, în mod clar, efectul de necontestat al situației asupra comportamentului. Una dintre acestea este cercetarea efectuată de Haney și colab. (1973), care folosește experimentul clasic al „închisorii” - studenți voluntari, fără tendințe antisociale cunoscute, au fost ținuți într-o închisoare. Unii dintre subiecți au fost desemnați aleator ca „deținuți”, alții ca „gardieni”. După numai câteva zile, „gardienii” au început să se

comporte agresiv și brutal, unii "manifestând chiar simptome ale unei tulburări emoționale severe. Trebuie remarcat faptul că toți subiecții au fost evaluați, la începutul experimentului, ca fiind stabili emoțional și sănătoși fizic, obținând scoruri medii la testele de personalitate.

În ciuda acestor dovezi, mulți teoreticieni nu acceptă, mai mult intuitiv, versiunea extremă a situaționismului. Din punct de vedere logic, majoritatea sunt de părere că majoritatea oamenilor se comportă, în situații diferite, după tipare recunoscutibile.

Critici aduse situaționismului

Bowers (1973) evidențiază slăbiciunile situaționismului pur, atrăgând atenția asupra eșecului acestuia de a cunoaște abilitatea indivizilor de a-și determina propriul curs al acțiunii. El argumenta că este greșit să se atribuie cauzele comportamentului doar situațiilor sau doar trăsăturilor personalității. Inexactitatea unei asemenea opinii este ilustrată de ușurința cu care se pot găsi dovezi valide pentru ambele variante. De exemplu a conduce mașina în trafic poate fi o dovadă în favoarea situaționismului - majoritatea oamenilor conduc mașina ținând cont de semnalizările luminoase. Alternativa: atunci când merg pe motocicletă, preferințele indivizilor pentru viteză pot fi determinate mai degrabă de trăsăturile de personalitate decât de situația concretă. Bower concluzionează că disputa „trăsături versus situații” ar trebui întocmită cu o ***abordare interacționistă***, care să ia în considerare ambele elemente.

Chiar și Mischel s-a reorientat către o poziție interacționistă, ajungând la concluzia că doar situațiile nu pot explica pe deplin modul de comportare al indivizilor. Aceeași situație poate avea semnificații diferite pentru indivizi, rezultând din experiențele anterioare de învățare. Având în vedere aceste date, variabilele personale au fost considerate o alternativă a trăsăturilor de personalitate, incluzând competența, speranțele și valorile. Astfel, persoane diferite pot reacționa diferit în cadrul aceleiași situații.

Interacționismul

Interacționismul propune un compromis între abordarea trăsăturilor de personalitate și situaționism. Pervin și Lewis (1978) remarcă faptul că interacționismul ar trebui să fie interesat nu numai de caracteristicile interne ale persoanei și de particularitățile situației în care individul acționează, ci și de procesul prin care acestea se influențează reciproc. Pornind de la perspectiva interacționistă, au fost elaborate foarte multe studii, dintre care prezentăm, în continuare, doar câteva.

1. McCord și Wakefield (1981) au verificat ipoteza conform căreia introvertiții obțin performanțe mai înalte la sarcinile aritmetice decât extravertiții, în clasele în care predomină pedeapsa; în schimb, extravertiții obțin rezultate mai bune în situațiile în care predomină recompensa. Datele obținute au indicat faptul că, în acest caz, personalitatea (introversiune-extraversiune) interacționează cu tipul de situație (orientată către pedeapsă sau către recompensă). Este de remarcat că o asemenea interacțiune unioorientată afectează individul mai puternic decât o interacțiune biorientată.

2. Un studiu al lui Moos (1969) încearcă să stabilească extinderea influenței caracteristicilor personale și a factorilor situaționali, ca și interacțiunea acestora la nivelul comportamentelor, în acest scop, un lot de subiecți cu probleme psihice a fost supus observației în trei situații diferite (de exemplu, la capelă sau la activitățile de terapie ocupațională); comportamentul lor a fost înregistrat (de exemplu, fumatul, ascultarea celorlalți sau întreținerea conversației). Moos a concluzionat că factorii situaționali sunt răspunzători pentru 10% din diferențele comportamentale, caracteristicile persoanele pentru 12%; iar interacțiunea lor pentru 21%. Astfel, s-a dovedit că interacțiunea dintre caracteristicile personale și factorii situaționali influențează comportamentul într-o măsură mai mare decât o poate face fiecare dintre elementele acestei interacțiuni, considerate separat.

Multe dintre studiile referitoare la interacțiunea factori personali-factori situaționali au fost criticate pentru eșecul înregistrat în încercarea de a demonstra natura foarte complexă a acestei interacțiuni.

Criticile aduse interacționismului

1. Olweus (1977) este de părere că o interacțiune, chiar semnificativă, nu relevă nimic cu privire la procesul pe care îl are la bază și nici nu explică un anumit comportament. El adaugă că un studiu asupra modului în care personalitatea interacționează cu o situație particulară poate avea înțeles doar în contextul unei teorii a dispozițiilor personalității.

2. Mischel (1981) accentuează că un concept de tipul interacțiunii trebuie clar definit și analizat. În caz contrar, cercetarea interacționistă va avea ca rezultate doar afirmații care țin de domeniul evidenței.

3. Cronbach și Snow (1977) atrag atenția asupra dificultăților provenite dintr-un număr nelimitat, virtual, de posibile interacțiuni, ca și dintr-o serie de alte variabile care pot modifica interacțiunea studiată.

4. O problemă majoră a interacționismului constă în definirea precisă a situației. Deși psihologii au încercat să dezvolte taxonomii (clasificări) pentru diferite tipuri de situații, ei au întâmpinat multe dificultăți. De exemplu, există dezacorduri cu privire la posibilitatea de a defini situațiile fără a ține cont de percepția particulară a individului, legată de acele situații.

De aceea, termenul situație este, adeseori, utilizat într-o manieră vagă.

5. Hampson (1988) argumentează că interacționismul reprezintă o soluție paradoxală pentru problema consistenței, din moment ce acordă o importanță egală atât trăsăturilor de personalitate, cât și

variabilelor situaționale. Deși a consolidat conceptul de personalitate, interacționismul nu a reușit să rezolve problema fundamentală a consecvenței comportamentului.

Abordările centrate pe persoană și problema consecvenței

În ultima decadă, o serie de noi abordări au încercat să clarifice unele aspecte ale problemei consecvenței. O astfel de abordare este și cea *centrată pe persoană*, care se concentrează asupra percepției persoanei despre consecvența propriilor trăsături de personalitate. Această abordare propune existența consecvenței doar la anumite tipuri de oameni și în anumite situații și comportamente particulare (Bem, 1983).

Studiul care a influențat major abordarea centrată pe persoană este cel elaborat de Bem și Allen în 1974, în care au fost investigate prietenia și conștiinciozitatea într-un grup de studenți. Cerându-li-se participanților la investigații să-și evalueze propria consecvență a acestor două trăsături, a rezultat că cei care se considerau consecvenți în privința trăsăturii de prietenie se comportau, în mod real, prietenos în majoritatea situațiilor (date au rezultat din observația directă și din evaluările făcute de familie și prieteni). Subiecții care s-au evaluat ca inconsecvenți în privința aceleiași trăsături s-au dovedit, într-adevăr, prietenoși doar în unele situații. Date similare au rezultat din investigarea trăsăturii de conștiinciozitate. Astfel, s-a ajuns la concluzia că unele trăsături (ca prietenia și conștiinciozitatea) nu sunt comune tuturor oamenilor. Dar este de așteptat ca persoanele caracterizate de aceste trăsături să acționeze într-o manieră consecventă într-o gamă largă de situații.

Ca urmare a studiului lui Bem și Allen, importanța autoevaluării consecvenței a fost recunoscută ca un predictor, al

consecvenței comportamentului. Concluziile acestor autori sunt susținute și de Kenrick și Stringfield (1990), dar nu și de Chaplin și Goldberg (1984).

Concluzii

Datele obținute sugerează că o abordare exclusivă a trăsăturilor de personalitate nu poate oferi un suport suficient pentru consecvența invariabilă a comportamentului. Dar și punctul de vedere contrar -situaționismul- s-a dovedit inadecvat. Intuiția, bazată și pe datele de cercetare, indică faptul că un comportament este influențat de cine și de ce suntem, ca și de situațiile în care ne aflăm.

Cercetările cu privire la consecvența personalității continuă, căutând soluții noi pentru această problemă.

Autoevaluare

1. Explicați punctul de vedere situaționist al lui Mischel cu privire la natura personalității. În ce mod pune acesta la îndoială părerea abordării trăsăturilor de personalitate?

2. Ce evidențiază Bowers (1973) cu privire la slăbiciunile unui punct de vedere pur situaționist?

3. Care sunt principiile abordărilor interacționiste ale personalității? Faceți referiri la cele mai importante studii.

4. Ce a adus nou studiul lui Bem și Allen (1983) cu privire la consecvența personalității?

5. Ce concluzii puteți formula cu privire la consecvența comportamentului ?

2.4. ABORDĂRILE IDIOGRAFICE ALE PERSONALITĂȚII

În introducerea acestui capitol, am făcut distincție între abordările *idiografice* și *nomotetice*, folosite în studiul personalității. Cel de-al doilea tip de abordare, așa cum vă puteți aminti, pune accentul pe asemănările dintre, oameni, având ca teoreticieni reprezentativi pe Eysenck și Cattell (v. § 1.2).

Abordările idiografice se concentrează asupra unicității indivizilor și consideră că esența personalității poate fi surprinsă numai prin studiul detaliat al vieții și experienței acestora. (Pentru o descriere mai detaliată a dihotomiei idiografic/nomotetic puteți consulta Malim și colab. 1992).

În această parte a lucrării noastre, vom discuta studiile a trei teoreticieni reprezentativi pentru abordarea idiografică: ***Gordon Allport, Cari Rogers și George Kelly.***

Așa cum am amintit, Allport nu are o perspectivă pur idiografică - el accentuează individualitatea și unicitatea fiecărei personalități, în contextul în care recunoaște existența unor trăsături comune (în diferite grade) tuturor oamenilor.

Cari Rogers este o personalitate de vârf a *psihologiei umaniste*, o forță majoră în câmpul psihologiei generale, care a câștigat foarte multe începând cu mijlocul secolului nostru. Psihologia umanistă, accentuând unicitatea și subiectivitatea experienței personale, aduce un echilibru între alte două curente dominante în prima parte a secolului al XX-lea: *behaviorismul* (care vede personalitatea doar prin concretizarea manifestărilor sale în mediu) și *psihanaliza* (descrișă în capitolul 3, care se axează pe efectele inconștientului asupra personalității umane). (Pentru o descriere mai detaliată a curentelor și abordărilor majore din psihologie puteți consulta Malim și colab. 1992).

Cel de-al treilea mare teoretician idiografic, Kelly, a căutat să înțeleagă personalitatea umană examinând interpretările indivizilor despre propria persoană și despre mediul lor social. El a introdus termenul „construcție personală”, pentru a desemna dimensiunile pe care le utilizează indivizii în încercarea de a interpreta persoanele și evenimentele din viața lor.

Abordarea lui Allport

În 1937, Allport a publicat teoria sa asupra personalității, ca o reacție la studiile teoreticienilor anteriori, bazate exclusiv pe personalitatea anormală sau desfășurate doar pe copii și animale. El considera că studiul personalității trebuie axat pe examinarea adulților normali, unici, având drept obiectiv descrierea structurilor psihologice care determină maniera caracteristică de gândire și comportament a unui individ. Prezentăm, în continuare, punctele principale ale teoriei lui Allport.

Trăsăturile de personalitate

Conform părerii lui Allport, trăsăturile de personalitate au o existență reală. El le concepe ca structuri mintale care formează o parte a personalității oricărui individ și care îl determină să gândească și să se comporte într-o manieră consecventă. De exemplu, o persoană care posedă trăsătura de „a fi prietenoasă”, va avea tendința să se comporte sociabil în diferite situații, precum munca de echipă cu colegii sau întâlnirea cu un străin.

Punând în valoare o asemenea perspectivă asupra personalității, Allport și-a început cercetările prin a înregistra, dintr-un dicționar, aproximativ 18 000 de adjective care descriu în mod curent personalitatea - de exemplu, „leneș” sau „vesel” (Allport și Odbert, 1936). El consideră că trăsăturile de personalitate pot lua, la un individ, una din următoarele trei forme:

1. **Trăsături cardinale.** Acestea sunt cele mai importante trăsături, cu o mare influență asupra personalității de ansamblu a individului. În unele cazuri, comportamentul poate fi determinat de o singură trăsătură (ca sărăcie spirituală extremă sau egoism). Allport consideră că asemenea personalități sunt rare, majoritatea oamenilor având mai multe trăsături dominante.

2. **Trăsături centrale.** Acestea sunt mai puțin generale, deși Allport le consideră dispoziții de bază, care caracterizează maniera uzuală de reacție a individului. De exemplu, trăsăturile centrale ale unei persoane pot fi onestitatea, vioiciunea, capacitatea de a fi prietenoasă și conștiinciozitatea.

3. **Dispoziții secundare.** Acestea sunt trăsăturile cel mai puțin consecvente și au influența cea mai slabă. Ele reprezintă preferințele speciale ale unei persoane și atitudinile sale într-o situație particulară.

Persoana ca întreg

Deși studiul asupra trăsăturilor de personalitate pune accent pe aspectele individuale ale oamenilor, Allport nu pierde din vedere perspectiva de ansamblu asupra persoanei unice. El consideră că încercarea de a măsura fațete izolate ale personalității, folosind scale de evaluare, reprezintă o orientare greșită. De aceea, teoria lui Allport promovează o descriere detaliată și completă a indivizilor, lăsând la o parte compararea unor elemente izolate ale personalității acestora.

Evaluarea personalității

Allport propune identificarea trăsăturilor de personalitate prin diferite metode: observarea directă a comportamentului, într-o serie de situații; interviuri axate pe punctele de vedere și țelurile persoanei; utilizarea materialului oferit de scrisori, jurnale personale sau alte documente. El a preferat utilizarea studiilor de caz detaliate, pe termen lung. Un astfel de exemplu este studiul de caz al personalității unei tinere femei numite Jenny. Allport și asistenții săi au identificat trăsăturile centrale ale personalității lui Jenny prin analiza scrisorilor

trimise de aceasta unui prieten, timp de mai mulți ani (Allport, 1965). Acest studiu este reprezentativ pentru abordarea* idiografică.

Evaluarea contribuției lui Allport

Este un fapt general recunoscut că Allport a adus o contribuție majoră la studiul personalității. Preocupările sale pentru unicitatea indivizilor și pentru perspectiva de ansamblu asupra persoanei au echilibrat abordările nomotetice, centrate pe asemănările dintre oameni, în defavoarea individualității.

Teoreticienii de orientare nomotetică l-au criticat pe Allport, nefiind de acord cu respingerea metodelor științifice de studiere a personalității. Allport considera că metoda științifică folosită pentru obținerea unor legi și principii, nu este cea mai bună cale de cunoaștere a psihologiei umane, de aceea, spunea el, este de preferat să privim lumea prin perspectiva unică a fiecărui individ.

Kirby și Radford (1976) sunt de părere că orientarea lui Allport nu este corectă, din cauza confuziei pe care o face între studiul diferențelor interindividuale și arta biografică ca disciplină descriptivă. Deși biografia are o contribuție valoroasă la studiul indivizilor, ea nu poate oferi o cale adecvată, de înțelegere a naturii umane în general. Ca argument, acești doi autori comentează următoarea idee: dacă va exista un individ cu adevărat unic, el n-ar putea fi recunoscut ca uman, din moment ce oamenii se recunosc între ei datorită asemănărilor.

Cari Rogers: Teoria sinelui (*Self Theory*)

Teoria lui Cari Rogers își are originile în practica autorului în domeniul consilierii și psihoterapiei. Spre deosebire de psihanaliză (v.cap.3), teoria lui Rogers nu încearcă să examineze sensurile ascunse ale comportamentului și nici nu caută cauzele în perioada copilăriei. Rogers pune accent pe „aici și acum”, indivizii fiind considerați cei mai buni experți ai înțelegerii propriei persoane.

Modul în care indivizii percep evenimentele vieții lor le modelează reacția la aceste evenimente.

Sinele

Conceptul central al teoriei lui Rogers este cel din *sine (seif)*, reprezentând părerea individului despre ansamblul propriilor percepții, sentimente, valori și atitudini, achiziționate prin experiența de viață, care îl definesc ca persoană. *Sinele percept* influențează atât perceperea lumii, cât și comportamentul unei persoane. Cealaltă față a sinelui, după Rogers, este *sinele ideal*, care se referă la modul în care o persoană ar avea sau ar trebui să fie. De exemplu, o femeie se poate percepe ca fiind o persoană respectată, cu succes în carieră, dar cu unele lipsuri în rolul de mamă și soție (ceea ce poate fi sau nu adevărat). Sinele ideal îi poate cere acestei femei să aibă același succes și în celelalte două sfere ale vieții sale. Sănătatea psihologică presupune compatibilitatea (măcar parțială) a sinelui percept cu cel ideal. Probleme psihologice apar în momentul în care intervine o discordanță (Rogers folosește termenul „incongruență”) între cele două fațete ale sinelui sau între sine și feedback-urile primite de la mediu.

Într-un studiu desfășurat pe 250 de subiecți, testați separat pentru nevrotism și pentru congruență sau sinceritate (apropierea de experiența emoțională interioară), Tausch (1978) a arătat că indivizii cu un nivel înalt de incongruență sunt mai înclinați să manifeste simptome nevrotice.

Realizarea sinelui (*Self-actualisation*)

Rogers consideră că toți oamenii se nasc cu o *tendință de realizare*, un motiv care îi determină să crească, să se dezvolte, să devină persoane mature și sănătoase, care își pot realiza la maximum posibilitățile.

Această tendință se poate dezvolta la diferite niveluri. La nivelul inferior, ea implică satisfacerea nevoilor primare, ca hrana, apa

și confortul fizic. La un nivel superior se situează nevoile de autoîmplinire și afirmare în termeni de independentă, experiență și creativitate. Această motivație de realizare a sinelui reprezintă un criteriu de apreciere a propriilor experiențe. Un eveniment este apreciat ca pozitiv sau negativ în măsura în care poate contribui la realizarea sinelui.

Aprecierea pozitivă a celorlalți

Rogers (1959) presupune că toți oamenii au nevoie de *aprecierea pozitivă* venită din partea celorlalți, apreciere care se dezvoltă ca o conștientizare a afirmării sinelui. Aprecierea pozitivă implică respect, acceptare și dragoste, venite din partea celor mai importante persoane din viața unui individ. Nevoia de apreciere transpare clar din nevoia copilului mic de aprobare și dragoste din partea părinților. Uneori, aprobarea părinților este condiționată, mai exact, depinde de comportamentul copilului; alteori ea este necondiționată.

Trebuie remarcat faptul că o persoană are nevoie de apreciere pozitivă nu numai din partea celorlalți, ci și de autoapreciere pozitivă. Atunci când o persoană primește necondiționat aprecierea celorlalți, autoaprecierea sinelui va fi tot necondiționată. Rogers consideră că acest mecanism este prezent doar la indivizii la care adaptarea psihologică este efectivă.

Totuși, sunt foarte mulți oameni care nu primesc aprecierea celorlalți. Aprobarea și dragostea celor din jur depind, adesea, de comportamentele acceptabile ale individului (de exemplu, copilul care se străduie să învețe să cânte la un instrument muzical numai pentru a face plăcere părinților). În acest caz, individul dezvoltă ceea ce Rogers numește „condiții de valoare”, adică acele moduri de comportament care vor câștiga aprecierea celorlalți. Aceasta presupune că individul poate suprima unele sentimente și acțiuni spontane în favoarea unor comportamente care pot face plăcere celor din jur. Rogers remarcă, că această încercare de a trăi după principiile altora este una dintre cauzele frecvente ale tulburărilor psihice.

Terapia centrată pe client (v.§.6.5), dezvoltată de Rogers, urmărește să ofere clientului o apreciere pozitivă necondiționată, într-o atmosferă caldă, de acceptare, în ideea că interiorizarea acestei aprecieri poate învinge tulburările psihice sau poate oferi căi de soluționare a acestora.

Evaluarea personalității

Tehnica de sortare Q este o tehnică originală dezvoltată inițial de Stephenson (1953) pentru descrierea personalității. Rogers a folosit-o ulterior pentru a examina conceptul de sine, dar și ca un instrument de evaluare a schimbărilor care intervin în autoperceperea clientului în timpul terapiei. Cititorul poate regăsi o descriere completă a tehnicii de sortare Q în lucrarea lui Block (1961/78).

În general, procedura de utilizare a acestei tehnici presupune următoarele:

1. Clientului i se prezintă o serie de cartonașe, fiecare conținând o afirmație descriptivă de tipul „sunt o persoană plăcută”, „sunt o persoană impulsivă” sau „sunt satisfăcut de propria persoană”. Clientului i se cere să sorteze aceste cartonașe în 9 grupe, de la cele mai puțin caracteristice pentru persoana sa, în prima grupă, până la cele mai caracteristice, în cea de a noua grupă.

2. I se cere clientului să sorteze cartonașele, astfel încât majoritatea lor să fie cuprinse în grupele intermediare și doar câteva în grupele extreme (prima și a doua). Astfel, se obține o distribuție normală, ceea ce permite facilitarea analizei statistice a rezultatelor. Totodată, această cerință poate controla „seturile de răspunsuri”, în sensul tendinței de a grupa toate cartonașele în zona medie a scalei sau, dimpotrivă, doar în zonele extreme.

3. În procedura utilizată de Rogers, prin prima sortare se obține un profil de percepție a sinelui, după care se cere clientului o resortare a cartonașelor, în scopul conturării unui profil al sinelui ideal. Cele două sortări pot fi, ulterior, corelate, pentru a înregistra gradul de

similitudine sau discrepanță dintre sinele perceput și sinele ideal. O corelație scăzută indică o discrepanță accentuată, ceea ce presupune o adaptare dificilă și un nivel inferior al respectului de sine.

Această tehnică de sortare este flexibilă și poate fi folosită pentru evaluarea percepțiilor indivizilor legate de diferitele aspecte ale vieții lor. Aceasta se situează pe linia părerii lui Rogers conform căreia oamenii sunt cei mai buni judecători ai propriilor sentimente și atitudini. Totuși, există posibilitatea ca indivizii investigați să dea răspunsuri social acceptabile sau conforme cu așteptările examinatorului.

Studiile care au încercat să stabilească validitatea tehnicii de sortare Q sunt destul de echivoce. Truax și colab. (1968) au ajuns la concluzia că rezultatele obținute la sortarea Q se corelează cu alte evaluări psihologice ale adaptării și schimbării la subiecții delincvenți și nevrotici. În schimb, Garfield și colab.(1971) au găsit prea puține corelații între cele opt tipuri diferite de evaluare folosite în cursul terapiei, prin care și sortarea Q. Deci, nu există un suport solid pentru fidelitatea și validitatea tehnicii de sortare Q.

Evaluarea teoriei lui Rogers

Teoria lui Rogers, alături de cele ale altor teoreticieni de orientare umanistă, a contribuit la încurajarea psihologiei pentru a lua în considerare experiența subiectivă a indivizilor și pentru a aprecia importanța aprecierii sinelui pentru funcționarea umană. Abordarea lui a avut un mare impact asupra tehnicilor de psihoterapie și consiliere, propunând o alternativă la aplicarea, în terapeutică, a teoriilor psihanalitice și comportamentale (v.cap.6).

Ca teorie a personalității, abordarea lui Rogers are și unele neajunsuri, precum:

1. S-a sugerat că referirile subiecților la sine nu au un suport solid, având în vedere că, în general, oamenii nu sunt pe deplin conștienți de propriile caracteristici și, în plus, ei pot fi influențați de așteptările examinatorului.

2. Conceptul de sine, ca și tendința de realizare sunt insuficient definite, astfel încât nu pot fi măsurate și testate într-o manieră adecvată. Totuși, Rogers a înregistrat pe bandă magnetică multe dintre ședințele de terapie, pentru a le putea supune investigației și alți psihologi. Există și unele studii empirice, care au utilizat *Inventarul de orientare personală* (Shostrom și colab. 1976) și care pretind că oferă o măsură a orientării sinelui.

Teoria constructelor personale a lui Kelly

În 1955, Kelly exprima părerea că, în relaționarea cu lumea, persoanele acționează ca niște oameni de știință. Oamenii de știință, afirma el, încep prin a exprima teorii și ipoteze despre ceea ce este lumea și abia apoi încep să le testeze prin cercetare. Kelly considera că orice persoană formulează ipoteze și predicții cu privire la lume, le pune în practică pentru a le verifica și, dacă este necesar, le revizuieste conform cu rezultatele „experimentului” (interacțiunile cu ceilalți și cu lumea). Perspectiva unică asupra lumii, pe care și-o formează orice individ, devine un cadru particular care guvernează comportamentul acelui individ și interpretează experiențele și evenimentele care intervin.

De aceea, Kelly este de părere că oamenii interpretează sau *construiesc* lumea și nu doar o observă.

Constructele personale

Kelly este de părere că, pentru a înțelege un individ, este necesară cunoașterea constructelor lui personale. Dar, înțelegerea constructelor personale implică aflarea unor date cu privire la comportamentul acelui individ. De exemplu, nu se poate ști ce înțelege o femeie prin afirmația „Sunt îndrăgostită” dacă nu se iau în considerare exemple ale comportamentului ei.

Kelly vede constructele personale ca perechi de dimensiuni opuse, pe care indivizii le folosesc pentru a descrie și a da semnificație persoanelor și evenimentelor din jurul lor. De exemplu, o persoană are tendința de a-i vedea pe ceilalți prietenoși sau rezervați,

calzi sau reci; o altă persoană poate folosi curent constructe de tipul inteligent - prost sau cinstit - necinstit. Kelly consideră personalitatea ca un sistem de constructe, utilizate pentru a da sens persoanelor și evenimentelor din viața fiecăruia.

Kelly a pus la punct o metodă de cunoaștere a constructelor personale, cunoscută sub numele de **grilă de repertoriu a constructelor de rol**, pe scurt, grilă de repertoriu.

Grila de repertoriu

Kelly a utilizat grila de repertoriu în special pentru a descoperi cum își construiesc indivizii lumea în termeni comuni cu ai altor indivizi. Tehnica poate fi utilizată, însă, și pentru explorarea altor aspecte ale vieții, precum „subiecte studiate la școală”, pentru copii sau „ocupația”, pentru adulți.

Figura 2.6. ilustrează un extract al grilei de repertoriu, alcătuită pentru a determina modul în care un subiect fictiv, să-i spunem James,* construiește imaginea celor mai **semnificative persoane** din viața sa. Procedura este următoarea:

1. Rolurile jucate de persoanele semnificative, de exemplu, mama, tatăl sora etc, sunt plasate în capătul superior al grilei. I se va cere lui James să marcheze căsuțele corespunzătoare acelor persoane care joacă un rol semnificativ în viața lui. Aceste persoane menționate în grilă se numesc **elementele grilei**.

2. Scopul grilei este descoperirea constructelor principale pe care le utilizează James pentru a interpreta și înțelege comportamentul elementelor (adică a persoanelor desemnate ca semnificative în viața lui). Constructele sunt plasate în partea dreaptă a grilei. I se va cere lui James să ia în considerare similitudinile și diferențele dintre elemente, comparații care în general, au trei termeni. De exemplu, i se va cere să stabilească în ce mod mama, tatăl și sora sa se aseamănă și în ce mod se diferențiază. Dacă James consideră că mama și tatăl său sunt înțelegători, dar sora sa nu este, atunci constructul care rezultă va fi **înțelegător-neînțelegător**. Constructele sunt exprimate bipolar (indicând extremele implicate în opoziție), constructul care se asociază mai multor similitudini fiind menționat primul în filă. Lucrând la "Completarea filei, James relevă propriul cadru particular,

format din constructele pe care le folosește pentru a înțelege acțiunile persoanelor semnificative din viața sa.

Se recomandă ca această procedură să se repete până când sunt relevate toate constructele personale posibile. În acest moment, lui James i se va cere să facă toate asociațiile posibile între fiecare element și fiecare construct. De exemplu, el va trebui să stabilească dacă elementul nr.4 (prietena) este înțelegătoare sau neînțelegătoare ș.a.m.d. (semnul „V” indică primul pol al constructului, iar „X” cel de-al doilea).

ELEMENTELE

CONSTRUCTELE

MAMA	TATA	SORA	PRIETENA	PROFESORUL	
V	V	X	V	X	înțelegător - Neînțelegător
					Blând-Agresiv
					Cald-Rece
					Inteligent-Neinteligent

Fig.2.6. Extract dintr-o grilă de repertoriu fictivă.

(Semnul „V” indică faptul că primul pol al constructului se aplică elementului respectiv, „X” indică aplicarea celui de-al doilea pol).

Completarea unei grile de repertoriu oferă o mare cantitate de informații asupra modului în care individul vede lumea. Este o procedură foarte valoroasă pentru tratamentul tulburărilor mintale (v.cap.6), în cazul cărora schimbările realizate în constructele personale sunt considerate cruciale pentru îmbunătățirea stării psihologice a pacientului.

Critici aduse teoriei constructelor personale

1. Teoria constructelor personale este considerată, de către mulți psihologi, ca o teorie imaginativă și comprehensivă, care accentuează aspecte cognitive ale personalității. Însă, această teorie a fost criticată pentru omiterea din analiză a altor aspecte semnificative. De exemplu, Bruner (1956) argumentează că teoria constructelor

personale nu se referă la efectele posibile ale emoțiilor puternice, precum dragoste sau ură, asupra sistemului de constructe personale.

2. Thomas (1978) remarcă faptul că este dificilă referirea la teoria constructelor personale fără a face trimiteri la tehnica grilei de repertoriu, alcătuită de Kelly și colaboratorii săi. Solicitarea anumitor constructe de la subiect impune unele limite asupra proceselor de gândire ale acestuia, ceea ce restrânge aria datelor ce pot fi obținute. Astfel, teoria constructelor personale poate fi considerată o teorie care se auto-validează, în sensul că, atâta timp cât se utilizează grila lui Kelly, nu se pot releva date împotriva ei.

Abordările idiografice: concluzii

Abordările idiografice ale personalității se concentrează pe unicitatea indivizilor. Astfel, ele reprezintă o alternativă a abordărilor nomotetice, în sensul că au fost considerate ca reintroducând persoana în psihologie. Totuși, dacă obiectul teoriilor personalității constă în formularea unor predicții cu privire la comportamentul uman, abordările idiografice permit formularea unor predicții doar pentru o anumită persoană și la un anumit moment.

În 1962, Allport și Hoit au supus discuției avantajele relative ale abordărilor idiografice și nomotetice. Hoit consideră că doar abordările nomotetice pot satisface rigurozitatea cerută de statutul de știință al psihologiei. Părerea lui Allport era că abordările idiografice și nomotetice trebuie să conlucreze, de vreme ce nici una dintre ele nu este suficientă dacă este considerată izolat; abordările idiografice oferă doar un tablou izolat al unei persoane, în timp ce abordările nomotetice sunt prea generale.

Lamiell (1981) propune un compromis: *idiotetica*. Aceasta este o abordare care încearcă să surprindă punctele cele mai valoroase ale celor două orientări. Așa cum se exprima Pervin (1983, p.268): „este dificilă readucerea persoanei în atenția cercetătorilor personalității, fără ca, totuși, să se renunțe la unele obiective de sistematizare sau la unele principii generale ale funcționării psihologice”.

Autoevaluare

1. Evidențiați părerea lui Allport asupra naturii trăsăturilor de personalitate. Faceți referiri la trăsăturile cardinale și culturale.
2. Descrieți și evaluați teoria lui Carl Rogers.
3. Apreciați utilizarea tehnicii de sortare Q în evaluarea personalității.
4. Ce înțelege Kelly prin „constructe personale”? Care este contribuția acestui concept la înțelegerea personalității?
5. Care considerați că este contribuția majoră a teoriilor idiografice la înțelegerea personalității?

2.5. TEORIILE UNIDIMENSIONALE

Principalele teorii ale personalității, discutate până în acest moment, au încercat să descrie personalitatea ca întreg și să formuleze predicții asupra comportamentului persoanelor într-o gamă largă de situații. Teoriile unidimensionale se opresc asupra rolului jucat de un singur aspect al personalității în modelarea comportamentului. Prezentăm, în continuare, câteva dintre aceste teorii.

Plasarea internă-externă a controlului (Rotter, 1954)

Cercetările s-au concentrat asupra măsurii în care o persoană se percepe ca fiind capabilă să-și controleze propria viață (control intern) sau, dimpotrivă, atribuie elementele unor factori precum noroc, soarta, alte persoane etc. (control extern).

Nevoia de realizare (McClelland, 1953)

Această arie de cercetare examinează influențele care se manifestă asupra nevoii unei persoane de a obține succes sau de a se situa la un nivel de excelență. Atkinson (1966) este cel care a

continuat studiile de acest tip, adăugând o motivație asociată - *teama de eșec*.

Personalitatea de tip A (Friedman și Rosenman, 1974)

Această abordare se ocupă de un tip particular de comportament, ca și de consecințele acestuia. Comportamentul de tip A se caracterizează prin nerăbdare, agresivitate, competitivitate și printr-un sentiment de permanentă urgență. Foarte multe studii au pus în evidență o legătură între comportamentul de tip A și afecțiunile coronariene.

Deși teoriile unidimensionale sunt mai puțin comprehensive decât cele multidimensionale, adresându-se unor aspecte mult mai limitate ale personalității, ele devin tot mai importante pentru cercetarea personalității.

Teoria unidimensională pe care o vom discuta în continuare se concentrează asupra trăsăturii de dependență - independență față de câmp, problemă cercetată timp de mai mult de 40 ani. Mai multe date asupra teoriilor unidimensionale se pot regăsi în lucrarea lui London și Exner(1978),

Dependența - Independența față de câmp (Field Dependence-Field Independence, FD-I)

Stilul cognitiv

FD-I reprezintă un exemplu de *stil cognitiv*. Stilul cognitiv se relaționează cu modul în care oamenii percep, gândesc memorează și, în general, prelucrează informația. El se asociază nu numai unor sarcini considerate cognitive (precum rezolvarea de probleme sau actualizarea unei informații) ci și unor modele de relaționare socială. Astfel, studiul stilului cognitiv are rădăcini atât în psihologia cognitivă, cât și în teoriile personalității. Messick și colaboratorii (1976) au descris 19 stiluri cognitive distincte, dintre care cel mai studiat a fost dependența - independența față de câmp.

Originile FD-I

FD-I a fost pus în evidență în mod accidental, de către Herman Witkin (1949). Witkin și colaboratorii săi au investigat procesele cognitive ale subiecților umani; în particular, ei au investigat utilizarea indicațiilor interne (de la nivelul corpului) și externe (provenite din mediu) în cadrul proceselor perceptive și raționale, desfășurate în scopul stabilirii verticalității unei tije, văzute în diferite poziții. Pentru a face distincția între aceste două tipuri de investigații, au fost folosite două teste imaginative: testul tije și cadrului și testul de adaptare corporală.

Testul tije și cadrului {Rod and Frame Test, RFT}. Subiecții sunt așezați, într-o cameră întunecoasă, în fața unui cadru înclinat luminos, în interiorul căruia este plasată o tijă luminoasă. Subiecților li se cere să aducă tija în poziție verticală, atunci când și tija și cadrul sunt înclinate, în aceeași direcție sau în direcții diferite. Scorul obținut este dat de diferența dintre poziția în care subiectul așază tija și poziția verticală corectă a tije. Subiecții care utilizează indicațiile externe au tendința de a așeza tija în linie cu cadrul; cei care se bazează pe indicațiile interne așază tija într-o poziție mult mai apropiată de cea corectă. În cazul primilor subiecți se pune în evidență dependența față de câmp, în timp ce la ceilalți este pusă în evidență independența față de câmp.

Testul de adaptare corporală (Body Adjustment Test, BAT). Acest test se desfășoară într-o cameră mică, care are un oarecare grad de înclinare. Li se cere subiecților, care sunt așezați, să-și plaseze corpul într-o poziție verticală. Persoanele dependente de câmp, bazându-se pe indicațiile externe, au tendința de a judeca greșit situația, poziționându-se în funcție de unghiul de înclinare al camerei; în schimb, persoanele independente de câmp, utilizând indicațiile interne, sunt capabili de o poziționare mult mai apropiată de verticală.

Speranța lui Witkin, de a izola importanța relativă a indicațiilor interne și externe pentru perceperea verticalității, nu s-a îndeplinit. El a identificat variații foarte mari între subiecți. Singura concluzie consistentă a fost legătura pe care autorul a realizat-o între indicațiile externe și dependența față de câmp, ca și între indicațiile interne și independența față de câmp.

Ulterior, el a abandonat investigațiile asupra percepției verticalității și s-a concentrat pe investigarea diferențelor interindividuale într-o serie de sarcini, examinând posibilele baze psihologice ale acestora. Una dintre cele mai studiate sarcini a fost cea a figurilor încastrate.

Testul figurilor încastrate (Embedded Figures Test, EFT). în cadrul acestei sarcini, subiecților li se cere să aleagă figurile simple încastrate în desene complexe. Figura 2.7 conține un exemplu de asemenea sarcină. Subiecții independenți față de câmp au identificat rapid și Ușor figurile vizate, în timp ce subiecții dependenți față de câmp au fost distrași de complexitatea câmpului înconjurător.

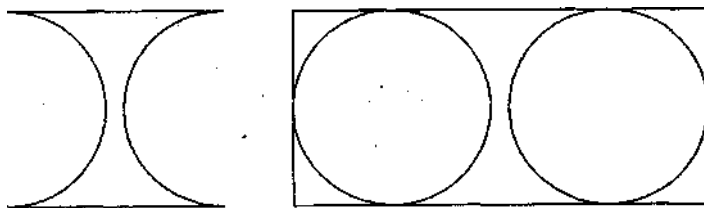


Fig. 2.7. Problemă conținută în Testul figurilor încastrate (Witkin, 1950). (Figura simplă din stânga trebuie identificată în desenul complex din dreapta).

Pentru evaluarea FD-I a fost larg utilizată și o versiune a testului anterior și anume Testul figurilor ascunse, elaborat de Gardner, Jackson și Messick în 1960.

Witkin a evidențiat o corelație ridicată între scorurile obținute de subiecți la toate testele descrise mai sus.

Cele trei evaluări ale FD-I au în comun sarcina prin care subiecților li se cere să identifice o problemă în cadrul „câmpului” său. Pentru unele persoane, câmpul exercită o influență puternică, ceea ce îngreunează identificarea și analiza părților din întregul câmpului. Trebuie remarcat faptul că cele mai multe persoane nu sunt nici extrem dependente de câmp, dar nici înalt independente față de câmp, ci se situează într-un anumit punct pe un continuum format de cele două extreme.

Diferențe interindividuale în FD-I

Witkin susține că există o relație apropiată între FD-I și personalitate: „Dependența-independența față de câmp este o manifestare, la nivelul sferei perceptive, a unei dimensiuni majore a funcționării persoanei, dimensiune care se extinde în sfera comportamentului social și a personalității” (Witkin, 1976, p.44). S-au desfășurat foarte multe studii asupra diferențelor dintre indivizii dependenți de câmp și cei independenți de câmp. Au fost examinate, cu acest prilej, legăturile dintre FD-I și rezolvarea de probleme, deprinderile, alegerea profesiei și sensibilitatea socială. Vom descrie, pe scurt, câteva dintre aceste cercetări.

Abilitățile cognitive

Studiile asupra abilităților cognitive investighează performanțele obținute în rezolvarea de probleme. S-a concluzionat că persoanele independente de câmp au mai mult succes în astfel de sarcini decât cele dependente de câmp. De exemplu, Franck și Noble (1984) au evidențiat faptul că subiecții independenți de câmp rezolvă mai rapid anagramele (mai ușoare sau mai dificile) decât cei dependenți de câmp. Aceste rezultate nu pot fi explicate prin diferențele de inteligență verbală, deoarece grupurile de subiecți erau similare din acest punct de vedere.

Alegerea profesiei

Witkin (1977), remarca, că persoanele independente de câmp, bazându-se pe indicațiile interne, sunt mai analitice și mai logice. Asemenea persoane se întâlnesc în domenii profesionale precum: ingineria, știința, psihologia experimentală. În general, sunt privite de ceilalți ca fiind persoane ambițioase, distante, neatente la cei din jur.

Persoanele dependente de câmp sunt mai atente la mediu și au tendința de a fi amabile cu cei din jur; ele sunt considerate prietenoase, calde și sensibile. Astfel de persoane gravitează în sfera ocupațiilor care implică relaționarea socială, precum asistența socială, educația sau psihologia clinică. Un studiu elaborat de Quinlan și Blatt (1973) arată că un grup de asistente medicale de la o secție de chirurgie era mult mai independent față de câmp decât un grup de asistente medicale de la o secție de psihiatrie, deși ambele grupuri erau la fel de valoroase profesional.

Diferențele sociale

Cercetările din domeniul social vizează ipoteza conform căreia persoanele extrem dependente de câmp au tendința de a fi mai sensibile la indicii sociali și mai legate de atitudinile și judecățile celor din jur decât persoanele independente față de câmp. Linton (1955) a verificat această ipoteză, investigând relațiile dintre dependența de câmp și conformism. Autorul a identificat o corelație semnificativă (+0,60) între acești doi factori.

Un studiu elaborat de Ruble și Nakamura, în 1972, a examinat relațiile dintre FD-I și atenția dată stimulilor sociali, care, în acest caz, a fost reprezentat de timpul acordat consultării altor persoane. Într-o sarcină de tip rezolvare de problemă, copiii dependenți de câmp căutau fața examinatorului mai mult decât o făceau cei independenți de câmp. Totuși, această tendință nu le-a îmbunătățit performanțele. Se poate presupune că le-ar fi fost mai de ajutor să urmărească demonstrația examinatorului.

Într-o altă sarcină, în care copiilor li s-a cerut să aleagă soluția corectă din trei variante posibile, urmărirea feței examinatorului s-a

dovedit de mai mult ajutor. În acest ultim caz, examinatorul oferea subiecților indicii sociale, prin îndreptarea privirii către soluția corectă; astfel, copiii dependenți de câmp au înregistrat o performanță superioară comparativ cu cei independenți de câmp.

Aprecieri asupra FD-I

Teoria lui Witkin a fost susținută de o serie de date provenite din diferite surse. De exemplu, Wapner (1976) considera că studiul FD-I furnizează o abordare nouă și creativă asupra problemelor centrale ale educației. Chickering (1976) arăta că studiile lui Witkin sunt importante pentru sfera învățământului superior, oferind date valoroase cu privire la adaptarea mediului educațional și varierea stilurilor cognitive în practica studenților.

În ciuda acestor aprecieri favorabile, teoria lui WITKIN a fost supusă și criticilor.

1. **FD-I și inteligența.** Witkin argumenta că FD-I nu poate fi asimilat inteligenței. Spre deosebire de scorurile obținute la testele de inteligență, evaluarea FD-I nu oferă un tablou al funcționării intelectuale în care atât dependența, cât și independența față de câmp prezintă avantaje și dezavantaje. Unii cercetători, precum Vernon (1972) au argumentat că testarea FD-I nu evaluează nimic în plus față de testele de inteligență și, ca urmare, FD-I nu se deosebește de inteligență.

Este bine cunoscut faptul că, între 8 și 17 ani, persoanele devin mult mai independente față de câmp. Din moment ce CI crește și el odată cu vârsta, este de presupus că FD-I reprezintă doar un aspect al inteligenței.

Totuși, cercetările asupra diferențelor de sex manifestate în sfera FD-I relevă faptul că băieții peste 12 ani au tendința de a fi mai independenți față de câmp, comparativ cu fetele de aceeași vârstă (Maccoby și Jacklin, 1974). Nefiind recunoscute influențele sexului asupra inteligenței generale, se pare că FD-I și inteligența nu sunt echivalente.

2. *Legăturile cu personalitatea.* Așa cum am arătat deja, Witkin (1976) afirma că FD-I este o manifestare perceptivă a personalității și comportamentului social. Gruen (1975) a pus la îndoială afirmațiile lui Witkin cu privire la legătura directă dintre percepție și personalitate. El consideră că tehnicile de investigație ale lui Witkin se concentrează prea mult asupra percepțiilor subiecților, omițând alte procese care pot fi implicate (atitudinea față de sarcină sau sentimentele legate de situația de testare). Gruen sugera că scorurile asemănătoare obținute la testele de FD-I pot reflecta procese diferite la indivizi diferiți.

Autoevaluare

1. Ce înțelegeți prin teoriile unidimensionale? Dați câteva exemple.
2. Care este relația dintre percepție și stilul cognitiv dependent -independent față de câmp?
3. Cum poate fi identificată o persoană puternic dependentă de câmp prin Testul figurilor ascunse?
4. Dați câteva exemple de manifestări diferite ale personalității dependente de câmp și ale celei independente de câmp.
5. Apreciați critic utilitatea conceptului de dependență -independență față de câmp.

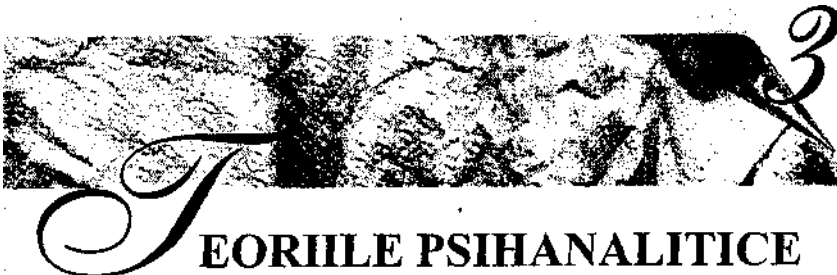
LECTURI SUPLIMENTARE

P. Fonagy and A. Higgitt, *Personality Theory and Clinical Practice* (London/New York: Routledge, 1984).

- S.E. Hampson, *The Construction of Personality: an introduction*, 2nd edn (London: Routledge, 1988).
- P. Kline, *Personality: Measurement and Theory* (London, Hutchinson, 1983).
- I. Roth, (ed.), *Introduction to Psychology*, Voi 1. (Laurence Erlbaum Associates/Open University, 1990).



AVEM ACUM ȘANSA DE A ÎNTREZĂRI CEVA DIN
INCONȘTIENȚA LUI



TEORIILE PSIHANALITICE ALE PERSONALITĂȚII

La sfârșitul acestui capitol, veți fi capabili:

1. Să apreciați critic teoria psihanalitică a lui Freud asupra personalității.
2. Să cunoașteți teoriile post-Freudiene ale lui Jung și Erikson, ca și unele diferențe față de psihanaliza clasică.
3. Să aveți cunoștințe despre natura testelor proiective și opiniile pro- și contra- utilizării lor în evaluarea personalității.

INTRODUCERE

Teoriile psihanalitice ale personalității propun o perspectivă asupra comportamentului, strâns asociată cu noțiunea de *inconștient*, punând accent pe forțele dinamice interioare care reglează și controlează comportamentul. Toate teoriile psihanalitice se bazează, mai mult sau mai puțin, pe teoria lui Sigmund Freud, pe care o vom analiza în continuare.

3.1. SIGMUND FREUD (1856-1939)

Pregătirea de medic, desfășurată la Viena și interesul pentru neurologie l-au condus pe Freud către specializarea în tratamentul tulburărilor nervoase. El a remarcat că multe simptome nevrotice manifestate de pacienții săi se accentuau mai ales în legătură cu experiențele traumatice recente și mai puțin cu complicațiile fizice. Freud a dezvoltat treptat tratamentul psihanalitic al tulburărilor emoționale și de personalitate, devenit astăzi foarte bine cunoscut de toți specialiștii. Tehnica principală utilizată de el a fost **asociația liberă**, în care pacienții erau încurajați să se relaxeze și să-și exprime liber gândurile care le vin în minte (vezi capitolul 6, pentru o descriere a psihanalizei ca tehnică terapeutică). Scopul asociației libere era penetrarea **inconștientului**, pentru a releva gânduri, sentimente și motivații de care pacientul nu fusese conștient până în acel moment. Freud a început să-și elaboreze teoria asupra minții și personalității umane încă de la începuturile activității sale în clinică și a continuat să o dezvolte de-a lungul întregii sale vieți.

Conceptele centrale ale teoriei lui Freud sunt următoarele:

1. Existența **inconștientului**, care are ca material amintiri reprimite, care motivează și influențează comportamentul și gândurile conștiente. Punctul de vedere al lui Freud asupra inconștientului este, în general, negativ, în sensul că explică reprimarea unor conținuturi ca urmare a fricii sau durerii pe care acestea le provoacă; astfel, ascunderea în inconștient a amintirilor nedorite ne poate face existența conștientă mai puțin dureroasă. Pentru cei mai mulți oameni, acesta reprezintă un proces normal de apărare, dar pe unii îi poate conduce către tulburări psihice (vezi discuția despre mecanismele de apărare).

2. Existența **instinctelor**, care motivează și reglează comportamentul uman, încă din copilărie. De exemplu:

Eros (instinct general al vieții, care implică instinctele de conservare a vieții și impulsurile sexuale) și **Thanatos** (instinctul morții, care implică impulsuri agresive și distructive).

Sursa acestor instincte este energia psihică și, cel mai important dintre ele, libido-ul, are o natură sexuală. Freud consideră **libido-ul ca**

o forță care determină oamenii să pună în practică comportamente de reproducere a speciei. El a presupus că energia psihică a unui individ are o valoare superioară fixă și poate fi legată de obiecte, oameni, gânduri și acțiuni. Freud numește aceste procese *catharsis*.

Structura personalității

Freud consideră că personalitatea cuprinde trei părți majore: *id*, *ego* și *superego*. Fiecare dintre aceste părți are o funcție proprie; într-o personalitate matură normală, ele determină comportamente integrate și bine echilibrate. Trebuie să remarcăm că aceste părți ale personalității nu trebuie percepute ca entități tangibile biologice.

ID. Id-ul are o determinare biologică și este partea cea mai primitivă a personalității. El reprezintă impulsurile instinctuale: sexual, agresiv și cele legate de nevoile primare. Id-ul operează după *principiul plăcerii*, conform căruia este căutată plăcerea și evitată durerea. Dorițele nesatisfăcute creează tensiune, iar eliberarea de sub această tensiune este căutată fie prin soluții reale, fie prin fantezie.

Id-ul este irațional și impulsiv, fiind neafectat de restricțiile sociale. La nou-născut, toate procesele mintale sunt legate de sfera Id-ului.

EGO. Ego-ul se formează pe măsură ce copilul se dezvoltă și caută să se adapteze la cerințele mediului. Ego-ul operează după *principiul realității*, conform căruia satisfacerea nevoilor este amânată până la momentul și locul potrivit. De exemplu, copilul mic învață că nevoia de hrană îi va fi satisfăcută doar în momentul în care cineva va putea să-i prepare masa. Aceasta nu implică faptul că ego-ul discernе între „bine” și „rău”, doar pentru că ține cont de constrângerile și restricțiile imediate. Ego-ul este considerat sfera „executivă” a personalității, având un rol de „manager”, în sensul că încearcă să echilibreze realitatea mediului cu impulsurile iraționale ale id-ului.

SUPEREGO. Între 4 și 6 ani se formează această a treia parte a personalității. Superego-ul reprezintă un cadru intern, propriu individului, care stabilește ceea ce este „bine” și ceea ce este „rău”, în urma sancțiunilor morale și restricțiilor cultură din care face parte.

În cea mai mare parte inconștient, superego-ul are două componente: **ego-ul ideal și conștiința morală** (sau simțul etic). Ego-ul ideal se concentrează asupra noțiunilor de „bine” și „corect”, reprezentând perspectiva individului asupra comportamentelor corecte care pot fi recompensate de ceilalți (în special, de părinți). Conștiința morală, pe de altă parte, interceptează și cenzurează impulsurile imorale ale id-ului și previne intrarea acestora în sfera conștientă a ego-ului.

Teoria psihanalitică susține că indivizii cu un superego puternic cu tendințe accentuate de culpabilizare, în situațiile care implică o dilemă morală, indivizii cu un superego mai slab încalcă mai ușor regulile.

Freud consideră că aceste părți ale personalității sunt într-un permanent conflict - id-ul încearcă să obțină gratificarea impulsurilor, în timp ce superego-ul stabilește standarde morale, uneori foarte înalte și greu de atins. Ego-ul este obligat să mențină echilibrul între aceste două forțe opuse și cerințele exterioare ale realității sociale.

Conflictele nerezolvate determină apariția anxietății, care se manifestă în:

1. vise, pe care Freud le consideră împliniri deghizate ale dorințelor suppressate. Interpretarea viselor a devenit o strategie importantă, utilizată de Freud în tratamentul pacienților;

2. simptome nevrotice, sub forma crizelor acute de anxietate și temerilor iraționale sau, în unele cazuri, simptome fizice, precum paralizia sau orbirea.

Mecanismele de apărare

De-a lungul dezvoltării teoriei sale, Freud a identificat o serie de mecanisme de apărare, remodelate și clarificate ulterior de fiica sa, Anna Freud (1936).

Mecanismele de apărare sunt strategii inconștiente, utilizate de individ pentru a se proteja de durere, anxietate sau vină. Aceste sentimente pot apărea în următoarele situații:

1. în cazul unui conflict neoral (ego versus superego, de exemplu, tentația de a comite o crimă);

2. în cazul unui conflict de impulsuri (ego versus id, exemplu, dorința de a face rău unui adversar);

3. în cazul unei amenințări exterioare (ego versus realitate, de exemplu, conflicte grave în familie).

Utilizarea pe termen scurt a mecanismelor de apărare este considerată o strategie normală și „sănătoasă” de a face față presiunilor vieții. Dar, o utilizare exagerată, pe termen lung, poate fi periculoasă și nesănătoasă.

Mecanismele de apărare sunt, probabil, cel mai acceptat aspect al teoriei lui Freud, deoarece sunt descrise în termeni relativ preciși și beneficiază de credibilitate intuitivă, bazată pe experiența personală a multor oameni.

Prezentăm, în continuare, câteva mecanisme de apărare, dintre numeroasele propuse de psihanalisti.

Reprimarea reprezintă eliminarea din conștient a amintirilor, sentimentelor și dorințelor dureroase sau înspăimântătoare și depozitarea lor în inconștient („uitarea motivată”). Un exemplu este reprimarea amintirii unei experiențe dureroase, a unui adevăr sau a unor sentimente neacceptate. Conform părerii lui Freud, acesta este mecanismul primar de apărare cel mai important, care se regăsește și în alte mecanisme de acest gen.

Negarea reprezintă refuzul de a accepta realitatea, de exemplu neacceptarea bolii sau a infidelității partenerului. Acesta este considerat cel mai primitiv mecanism de apărare.

Regresia reprezintă întoarcerea la un comportament caracteristic unui stadiu timpuriu al vieții, lipsit de conflicte sau amenințări. De exemplu, un copil de 2 ani, confruntat cu apariția în familie a unui nou-născut, își poate dori să se reîntoarcă la stadiul de bebeluș insistând să poarte hainele din acea perioadă sau să fie hrănit cu biberonul.

Substituirea reprezintă redirectionarea sentimentelor sau comportamentelor către un obiect sau către altă persoană, ca urmare a imposibilității exprimării lor în forma reală. De exemplu, cearta cu partenerul de viață, în urma unui conflict cu colegii de serviciu. (Vezi referirile la fobii, în capitolele 5 și 6).

Sublimarea este o varianta a substituirii, în care impulsurile neacceptabile sunt exprimate printr-o activitate substitutivă, de exemplu re canalizarea dorinței de a face față unor greutăți, către activități artistice sau direcționarea impulsurilor agresive către o activitate sportivă. Psihanaliștii consideră acest mecanism de apărare ca fiind pozitiv și benefic.

Proiecția implică îndreptarea propriilor sentimente sau caracteristici neacceptabile către o altă persoană. De exemplu, o afirmație de genul „Ea mă urăște” poate însemna, de fapt, „O urăsc” (vezi descrierea personalității paranoide, în capitoul 5).

Cele trei niveluri ale psihicului

Freud a identificat 3 niveluri ale psihicului, în fiecare operând un mod diferit de gândire. Aceste trei niveluri sunt conștientul, preconștientul și inconștientul. Termenul de „nivel” are aici accepțiunea de măsură în care propriile gânduri pot fi disponibile și nu de regiune distinctă a psihicului.

Conștientul. Partea conștientă a psihicului conține toate gândurile și sentimentele de care un individ își dă seama la un moment dat. Conștientul se manifestă în ego și este organizat în termeni de logică și rațiune. Funcția sa principală este de a răspunde la realitatea externă, de a evita pericolul și de a menține un comportament acceptabil social. Anxietatea se poate manifesta atunci când conștientul este dominat de impulsuri care caută satisfacerea dorințelor inconștiente.

Preconștientul conține gândurile care nu sunt conștiente la un moment dat, dar pot deveni oricând disponibile pentru sfera conștientă. Preconștientul acționează ca un fel de filtru, care cenzurează dorințele inacceptabile și le permite să pătrundă în sfera conștientă doar dacă nu li se recunosc originile inconștiente.

Inconștientul operează la cel mai profund nivel și este accesibil doar prin tehnici psihanalitice, precum asociațiile libere și interpretarea viselor. Se consideră că inconștientul este format din

conținuturi reprimare, incluzând dorințe și impulsuri în cea mai mare parte, sexuale și agresive.

Figura 3.1 ilustrează relația dintre cele trei niveluri ale psihicului, pe de-o parte și id, ego, superego, pe de altă parte.

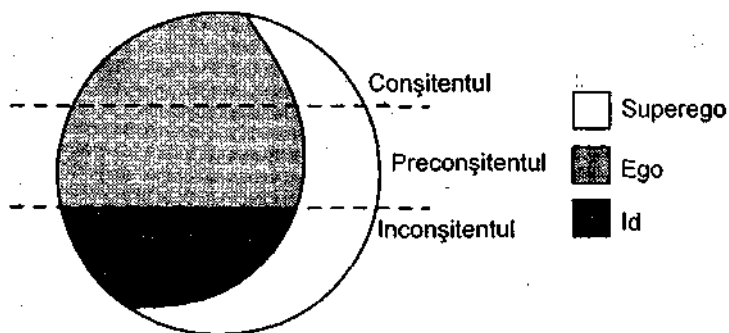


Fig.3.1. Relațiile dintre structura personalității și cele trei niveluri ale psihicului, conform teoriei lui Freud.

Dezvoltarea personalității

Freud consideră că, în cursul dezvoltării lor, copiii trec printr-o serie de stadii. În timpul fiecărui stadiu, satisfacerea, obținută pe calea libido-ului (sau energiei sexuale) este direcționată către diferite părți ale corpului. Referindu-se la instinctele sexuale și atribuindu-le copiilor, Freud utilizează o accepțiune specială a termenului „sexual” și anume cea de „plăcere fizică”. Fiecare stadiu determină un set de probleme, care urmează să fie rezolvate în stadiile următoare de dezvoltare. Străbaterea nesatisfăcătoare a unui stadiu particular determină *fixarea* sau stoparea dezvoltării la nivelul aceluia stadiu. Fixarea presupune reținerea unor caracteristici ale stadiului respectiv

După A.Malim, A.Birch și A. Wadelcy, „Perspective în psihologie” (Basingstoke: MacMillan, 1992).

de-a lungul dezvoltării ulterioare, iar, în cazuri severe, poate cauza nevroze la vârsta adultă. Prezentăm, în continuare, stadiile dezvoltării psihosexuale după Freud.

Stadiul oral (0-1 ani)

Id-ul este dominant. Energia libiduală se concentrează în regiunea gurii, copilul obținând satisfacerea prin supt și mușcat. Freud a evidențiat, în legătură cu acest stadiu, următoarele idei:

1. Stadiul oral poate fi divizat în faza de supt, pasivă și receptivă, din primele luni și faza de mușcat, activă și agresivă, din ultimele luni ale acestei perioade.

2. Fixarea poate fi cauzată de o indulgență exagerată față de nevoile orale ale copilului, dar și de o frustrare a acestora. Într-un asemenea caz, copilul va manifesta, în cursul dezvoltării ulterioare, unele caracteristici ale acestui stadiu. Fixarea se poate exprima în vicii precum fumatul, lăcomia, alcoolismul, folosirea excesivă a sarcasmului.

Stadiul anal (2 ani)

Acest stadiu se concentrează asupra senzației plăcute experimentate la nivelul membranelor mucoase ale rectului. Copilul găsește satisfacție în eliminarea și reținerea fecalelor, fiind capabil, la această vârstă, să-și exercite controlul asupra acestor funcții fiziologice. El le poate face plăcere părinților sau dimpotrivă, îi poate nemulțumi, în funcție de exercitarea acestui control. Astfel, senzațiile plăcute obținute prin „eliminare” sau „reținere” se asociază cu un comportament care are implicații sociale. Un eveniment semnificativ în viața copilului îl reprezintă eforturile părinților de a-i forma deprinderile de igienă. Fixarea la stadiul anal, care poate rezulta dintr-un conflict părinți-copil legat de igienă, dă naștere unei personalități excesiv preocupate de curățenie și ordine („eliminare”) sau unei personalități obsesive („reținere”).

Stadiul falie (3-6 ani)

Energia libidinală se concentrează, în acest stadiu, la nivelul organelor genitale, iar trăirile devin, în mod clar, sexuale. Descriind seria de evenimente prin care trece copilul de sex masculin, Freud a definit complexul Oedip. Fanteziile băiatului cuprind dorințe de intimitate sexuală cu mama sa. El invidiază relația intimă pe care tatăl o are cu mama și se teme de pedeapsă, sub forma de castrare, pentru dorințele sale interzise. Complexul Oedip se rezolvă în momentul în care copilul *se identifică* cu tatăl său, încercând să-l mulțumească și să-l imite în acțiuni și atitudini.

Referirile lui Freud la progresul copilului de sex feminin, de-a lungul stadiului falie, sunt mai puțin clare; el propune mai multe explicații pentru procesul de identificarea fetei cu mama sa. Cele mai numeroase referiri trimit la *complexul Electra*, fetea, crezându-se castrată pentru că nu posedă penis, resimte *invidie* pentru acest organ. Aceasta o conduce către un atașament puternic față de tată, ca posesor al penisului și, în final, la identificarea cu mama, pentru a deveni asemenea ei.

Rezolvarea satisfăcătoare a acestor complexe permite identificarea copilului cu părintele de același sex. Această identificare are două consecințe majore:

1. Copilul adoptă rolul de gen pe care și-l va asuma în decursul vieții.

2. Copilul adoptă standardele morale ale părinților, atitudinile și restricțiile lor, odată cu normele morale ale societății, pe care acestea le reflectă. Astfel, se formează superego-ul, iar valoarea și credințele specifice unei culturi pot fi transmise de la generație la alta.

Dacă, în urma unei atitudini inadecvate a părinților, copilul nu depășește satisfăcător cele două complexe descrise, pot interveni o serie de probleme; psihanalistii consideră că fixarea la nivelul stadiului falie este una dintre cele mai frecvente cauze ale nevrozelor din perioada adultă.

Perioada de latență (6 ani -pubertate)

Este o perioadă de relativ calm, după agitația caracteristică stadiului precedent. Libido-ul nu se mai concentrează asupra nici unei părți a corpului, rămânând latent. Este o perioadă de dezvoltare a ego-ului, în special în sfera abilităților sociale și intelectuale.

Stadiul genital (pubertatea)

Schimbările hormonale stimulează, în acest stadiu, manifestarea libido-ului. Interesul pentru plăcerile sexuale se reînnoiește și toate impulsurile sexuale anterioare, asociate diferitelor regiuni ale corpului, se integrează în setul de atitudini și trăiri sexuale ale adultului.

Stadii asupra teoriei lui Freud

Lucrările lui Freud au generat un număr foarte mare de studii, legate atât de aspecte ale teoriei sale, cât și de eficiența psihanalizei ca terapie (vezi capitolul 6). Kline (1981a), Fisher și Greenberg (1977) au reluat detaliat investigațiile lui Freud. Redăm, în continuare, o selecție a studiilor empirice care au încercat să clarifice unele aspecte ale teoriei psihanalitice.

Personalitatea orală

Așa cum arătam anterior, fixațiile pot fi cauzate fie de indulgența exagerată, fie de frustrarea nevoilor orale ale copilului.

Fisher și Greenberg (1977) consideră personalitatea orală ca fiind preocupată de probleme de tipul a da - a lua, dependent - independent, optimism extrem - pesimism extrem, ambivalență neobișnuită, nerăbdare și folosirea permanentă a canalului oral pentru obținerea gratificațiilor.

Unele studii au examinat dacă aceste trăsături au tendința de a coexista într-un singur set sau dacă există două asemenea seturi, care reflectă fazele orală pasivă și orală agresivă. Kline și Storey (1977) au

reluat aceste investigații și au găsit un suport solid pentru existența personalității orale în studiile lui Goldman-Eisler (1948); trăsăturile enumerate în studiu erau: pesimism, pasivitate, indiferență, agresivitate oral-verbală și autonomie, formând un singur set, ca și opusele lor. Dar, Goldman-Eisler a oferit date numai pentru validitatea aparentă a scalelor utilizate. Lazare și colab. (1966) a furnizat rezultate similare, introducând problemele lui Goldman-Eisler într-un chestionar. În studiul lor, Kline și Storey (1977) au identificat coexistența, într-un singur set, atât a caracteristicilor fazei „optimiste” a stadiului oral (dependență, fluentă, sociabilitate, relaxare), cât și a caracteristicilor fazei „pesimiste” a aceluiași stadiu (independență, agresivitate verbală, răceală și ostilitate, răutate, ambiție, nestăpânire).

O a doua serie de investigații s-a concentrat asupra relațiilor dintre practicile de hrănire și comportamentul ulterior. De exemplu, Yarrow (1973) a identificat o corelație semnificativă între perioada în care copilul a supt și comportamentul ulterior de sugere a degetului; copiii care au supt la sân o perioadă scurtă persistă în comportamentul de sugere a degetului. Deși există dovezi pentru efectele fixării la stadiul oral, s-au dat și explicații alternative pentru asemenea comportament - copiii care au o nevoie mai mare de supt, din diferite motive, au tendința de a se hrăni mai rapid, satisfăcându-și ulterior nevoia prin sugerea degetului.

Personalitatea anală

Așa cum am arătat, Freud consideră că fixarea anală este legată de conflictele copilului cu părinții săi, din perioada formării deprinderilor igienice de bază. Rezultatul severității excesive în formarea acestor deprinderi sau al plăcerii intense asociate perioadei anale se relevă, ulterior, prin intermediul trăsăturilor de personalitate precum nevoia de ordine, rigiditatea, obstinația, neplăcerile intense legate de pierderi. Tipul de personalitate în care se regăsesc aceste trăsături este cunoscut ca personalitate anală sau compulsiv-obsesivă.

Cele mai importante investigații asupra acestei problematici (Kline, 1972; Fisher și Greenberg, 1977; Pollack, 1979) concluzionează

că aceste trăsături au tendința de a se combina în personalitatea orientată anal. Totuși Hill (1976) a identificat neajunsuri metodologice majore în șase dintre studiile pe care Kline le considera ca oferind rezultate convergente. Howarth (1982) remarca, că tipul de personalitate caracterizat prin ordine, pedanterie, autocontrol și tendința de control a celorlalți poate fi descrisă ca o personalitate orientată anal. Fonagy (1981, 1984) evidențiază că nu există date care să susțină faptul că indivizii cu acest tip de personalitate au primit o altă educație igienică decât indivizii cu o personalitate mai puțin obsesiv-compulsivă.

Mecanismele de apărare

Mulți cercetători au încercat să demonstreze efectele reprimării („uitare motivată”) în condiții de laborator, provocând subiecților anxietate, în legătură cu un material sau o activitate și urmărind, apoi, dacă rata uitării crește. Holmes (1974), reluând asemenea investigații, nu a ajuns la nici o concluzie clară asupra reprimării. Totuși, Wilkinson și Carghill (1955) afirmă că poveștile cu o tematică oedipiană se reaminteau într-o măsură mai mică decât cele cu o tematică neutră. Levinvger și Clark (1961) arătau că, cerându-li-se subiecților să-și reamintească răspunsurile date, prin asociație, la cuvinte-stimul cu semnificație emoțională și neutră, ei și-au amintit într-o măsură mult mai mică asociațiile cu semnificație emoțională. Kline (1972) afirmă că asemenea concluzii sunt o dovadă clară a modului în care operează reprimarea la nivelul memoriei.

Dar, utilizând aceleași cuvinte-stimul ca și Levinger și Clark, Parkin și colab. (1982) au arătat că, întârziind amintirea răspunsului, cu o săptămână, subiecții au reactualizat asociațiile cu semnificație emoțională mult mai bine decât cele neutre. Concluzia lor a fost că aceste date demonstrează relația bine cunoscută între nivelul de excitație corticală și memorie, dar nu oferă un suport pentru teoria freudiană a reprimării.

Acestor studii, ca și altora asemănătoare, li se poate aduce obiecția că au utilizat stimuli prea vulgari sau artificiali, care nu au activat răspunsurile emoționale profunde la care s-a referit Freud.

Evaluarea teoriei lui Freud

1. Eysenck și Wilson (1973) au ridicat unele obiecții în legătură cu teoria psihanalitică, argumentând următoarele:

a) Faptul că Freud a utilizat doar loturi limitate de subiecți, formate, în cea mai mare parte, din adulți cu tulburări psihice, împiedică generalizarea teoriei sale.

b) Utilizarea exclusivă a studiului de caz clinic este criticabilă la Freud. Datele rezultate în timpul ședințelor de tratament au fost înregistrate după un oarecare timp și, de aceea, pot fi suspectate de deformări și selectivitate.

c) Pentru a-și susține teoria, Freud nu a utilizat date cantitative și nici analize statistice.

d) Multe din procesele descrise de Freud, precum impulsurile instinctuale sau mecanismele de apărare, nu pot fi direct observate, iar deducțiile asupra comportamentului uman sunt deschise și unor explicații alternative. Acest lucru face dificilă formularea unor ipoteze precise și testabile. Teoria lui Freud nu are suport, dar nici nu poate fi infirmată — ceea ce, după Popper (1959), reprezintă o violare serioasă a metodelor științifice.

e) Teoria freudiană este incapabilă să formuleze predicții cu privire la dezvoltarea unui individ. Ea poate fi folosită doar pentru a da explicații post-factum.

2. S-au adus critici și asupra accentului exagerat pe care Freud l-a pus pe rolul factorilor biologici în dezvoltarea personalității. Afirmția sa, conform căruia scopul oricărui comportament constă în satisfacerea nevoilor biologice, nu a fost împărtășită de alți teoreticieni de orientare psihodinamică, precum Jung, Adler sau Erikson. Recunoscând importanța factorilor biologici, acești teoreticieni susțin, totuși, natura socială a ființelor umane.

3. Kline (1984), deși este de acord că unele aspecte ale teoriei, precum impulsurile instinctuale, sunt dificil de testat, consideră că alte aspecte pot genera ipoteze testabile prin metode științifice. Aceste ipoteze trebuie reformulate și apoi supuse unei examinări obiective,

empirice. Kline este de părere că teoria psihanalitică oferă o descriere corectă a comportamentului uman, în toată complexitatea sa; el pledează, de asemenea, pentru o gândire psihologică originală și creativă, care să poată investiga conceptele freudiene.

4. Ultimul nostru comentariu atrage atenția asupra efectelor profunde pe care teoria lui Freud le-a avut asupra gândirii psihologice, ca și asupra istoriei, artei și literaturii:

„...pare o nebunie să abandonăm niște idei atât de stimulative, ca cele ale lui Freud, doar pentru că nu se conformează metodologiei convenționale, la modă, în prezent, în psihologie. Avem nevoie de o psihologie științifică, care să îmbine rigoarea teoretică cu comprehensivitatea plină de bogăție a psihanalizei”. (Kline, 1984, p.157).

Autoevaluare

1. Explicați, pe scurt, natura și modul de funcționare a celor trei păili majore ale personalității, propuse de Freud: id, ego, superego.

2. Ce înțelege Freud prin mecanisme de apărare? Descrieți, pe scurt, două dintre ele..

3. Explicați conceptul de „fixare” în relație cu dezvoltarea personalității.

4. Comentați rezultatele câtorva dintre studiile care au investigat:

- a) personalitatea orală;
- b) mecanismele de apărare.

5. Evaluați critic teoria psihanalitică a lui **Freud**.

3.2. POST-FREUDIENII

Carl Jung (1875-1961)

Colaboratorul lui Freud pentru scurt timp, Jung s-a îndepărtat de unele idei ale psihanalizei clasice și l-a lăsat pe acesta să-și dezvolte propria teorie și metodă psihoterapeutică. Abordarea psihanalitică a lui Jung a devenit cunoscută ca psihologie analitică. Teoria lui Jung diferă de cea a lui Freud în câteva puncte importante:

1. *Energia psihică*. În timp ce, la Freud, libido-ul era considerat de natură sexuală, la Jung acesta devine forța generală a vieții.

2. *Structura personalității*. În perspectiva lui Jung, personalitatea (sau psihicul) include trei sisteme de interacțiune: conștiința, inconștientul personal și inconștientul colectiv.

Conștiința se referă la acele asepcte ale psihicului de care un individ este direct conștient. Jung propune patru căi diferite de cunoaștere a lumii: senzorială, intuitivă, emoțională și rațională.

Calea senzorială: cunoașterea lumii prin intermediul organelor de simț.

Calea intuitivă: ghicirea a ceea ce poate fi cunoscut prin organele de simț.

Calea emoțională: concentrarea asupra aspectelor emoționale ale experiențelor și evaluarea lor ca plăcute/neplăcute sau frumoase/urâte.

Calea rațională: raționamentul și gândirea abstractă.

Jung afirmă că oamenii diferă semnificativ în funcție de predominarea unei căi de cunoaștere. O persoană poate avea tendința să trăiască propriile experiențe în special pe cale senzorială, utilizând mai puțin intuiția și raționamentul, o alta poate prefera calea intuitivă. Pe lângă aceste patru căi de experimentare a lumii, Jung identifică și două atitudini majore: introvesia și extraversia; una dintre ele domină sfera conștientă a personalității, în timp ce cealaltă o domină pe cea

122 Diferențe interindividuale

inconștientă, (conceptele de introversiune și extraversiune au fost discutate în paragraful 2.2).

Inconștientul personal este similar conceptului freudian, în sensul că reprezintă totalitatea experiențelor individuale și conținuturilor, în special ceea ce a fost uitat sau reprimat. Dar Jung nu vede inconștientul doar ca o sursă de instincte, ci ca o parte vitală și bogată a vieții individului, conținând simboluri exprimate prin vise. Metodele psihologiei jungiene încurajează oamenii să fie receptivi la propriile vise și să permită inconștientului să le orienteze modul de viață.

Inconștientul colectiv reprezintă diferența majoră a teoriei lui Jung față de cea a lui Freud. Jung afirmă că materialul conținut în inconștientul colectiv, comun tuturor indivizilor, nu devine niciodată conștient și se datorează eredității. Inconștientul colectiv este format din amintiri ancestrale, reprezentând reziduuri psihice ale dezvoltării umane, care au fost depozitate în mintea umană. Aceste amintiri sunt cunoscute sub numele de **arhetipuri**. Exemple de arhetipuri sunt Dumnezeu, înțelepciunea omului vârstnic, învierea, eroii și altele, care se regăsesc în poveștile și legendele diferitelor culturi.

3. **Reprimarea.** Teoria lui Jung se concentrează mult mai puțin pe rolul reprimării în dezvoltarea nevrozelor. Jung consideră că oamenii pot fi înțeleși nu numai prin trimiteri la experiențele trecute, ci și în lumina scopurilor prezente și a obiectivelor pe care și le propun în viitor.

Statutul lui Jung în psihologie. Deși multe aspecte ale teoriei sale sunt dificil de validat, Jung este admirat și considerat o mare personalitate a psihologiei. Așa cum am arătat în capitolul 2, influența conceptelor sale introversie-extraversie se relevă în opera lui Hans Eysenck, iar punctul său de vedere mai optimist asupra naturii umane se regăsește în ideile ulterioare ale unor teoreticieni precum Carl Rogers și Abraham Maslow.

Din punctul de vedere al aplicațiilor practice, versiunea jungiană a terapiei psihanalitice se regăsește în metoda de lucru a multor clinicieni. Totodată, conceptele de extraversiune-introversiune și cele patru căi de cunoaștere a lumii formează baza uneia dintre cele

mai cunoscute teste de personalitate, Indicatorul Myers-Briggs pentru tipul de personalitate (Briggs și Myers, 1962); acesta este larg utilizat în domeniul afacerilor, comerțului și industriei pentru consiliere profesională, formarea echipelor de lucru și evaluarea potențialului de promovare și conducere.

Erik Erikson (n.1902)

Perspectiva lui Erikson asupra personalității , expusă inițial în 1963, este o extindere și o modelare a teoriei lui Freud. Erikson acceptă multe dintre conceptele freudiene, dar există și numeroase diferențe între cele două teorii.

O comparație Freud-Erikson

1. în timp ce Freud vede personalitatea adultului ca fiind fixată asupra unor evenimente din copilărie, Erikson are o viziune mai puțin deterministă, considerând individual ca un subiect supus schimbărilor de-a lungul întregii vieți.

2. Erikson acceptă, în general, stadiile freudiene de dezvoltare psihosexuală, dar critică exagerarea importanței impulsurilor sexuale, în defavoarea influențelor sociale și culturale (precum relațiile intrafamiliale sau standardele comportamentale ale unei culturi particulare).

3. Erikson descrie opt stadii de dezvoltare *psihosocială* (și nu psihosexuală, ca la Freud), care se întind de la naștere până la vârsta a fl-a.

4. Erikson a acordat o mai mare atenție dezvoltării ego-ului decât a făcut-o Freud. El consideră că ego-ul este capabil să reacționeze independent de impulsurile instinctuale și de conflictele interne cu id-ul și superego-ul. În cazul unui mediu adecvat ego-ul

poate realiza un echilibru satisfăcător între forțele interne și influențele sociale.

Stadiile de dezvoltare psihosocială

Figura 3.2. oferă un rezumat al stadiilor psihosociale elaborate de Erikson, indicând și posibilele rezultate favorabile și nefavorabile asociate confruntării cu fiecare dintre stadii. În legătură cu aceste aspecte, remarcăm următoarele:

1. Erikson consideră că fiecare stadiu este marcat de o criză sau conflict, cu care individul trebuie să se confrunte și să încerce să-l rezolve. În orice moment al dezvoltării, personalitatea este un produs al modului în care au fost rezolvate aceste crize. Stadiile sunt denumite în funcție de extremele care intră în conflict; de exemplu, primul stadiu este caracterizat de criza „încredere versus neîncredere”, indicând nevoia individului de a-și dezvolta încrederea în mediu.

2. Nivelul de succes la care este rezolvată fiecare dintre crize va determina starea de bine psihologic a individului pentru un moment dat. Persoana incapabilă să-i facă față crizei într-o manieră satisfăcătoare va avea probleme în stadiile următoare, iar dezvoltarea sa ulterioară va avea de suferit. Totuși, Erikson este de părere că experiențele nesatisfăcătoare petrecute într-un anumit stadiu pot fi compensate ulterior. În mod similar, efectele rezolvării satisfăcătoare a crizei într-un stadiu timpuriu pot fi diminuate în cazul unor deficiențe ulterioare care intervin în dezvoltarea individului.

3. Primele trei stadii psihosociale sunt asemănătoare stadiilor freudiene oral, anal și falie. Ca și Freud, Erikson consideră că factorul major care determină progresul în stadiile timpurii este reprezentat de tipul de îngrijire acordat de părinți. După Erikson criza „identitate versus confuzie de rol”, care caracterizează adolescența, reprezintă un stadiu cheie al dezvoltării, fiind considerat de majoritatea psihologilor ca fiind criza centrală a întregii dezvoltări.

Erikson consideră că stadiile psihosociale sunt pan-culturale, fiind universal aplicabile tuturor indivizilor, indiferent de cultură;

Teoriile psihanalitice ale personalității 125

conflictele, așa cum le-a evidențiat Erikson, sunt aceleași, dar fiecare cultură pune la dispoziția individului căi și alternative particulare de dezvoltare.

Criza	Rezultate favorabile	Rezultate nefavorabile
Primul an <i>Încredere - neîncredere</i> Copilul are nevoie de o îngrijire atentă și adecvată pentru a putea dezvolta sentimente de securitate <i>Al doilea și al treilea an</i> <i>Autonomie - rușine și îndoială</i> Copilul caută să câștige independența față de părinți. Atitudinea părinților trebuie să fie flexibilă, dar nu indulgentă <i>Al patrulea și al cincilea an</i> / <i>Inițiativă - culpabilitate</i> Copilul explorează mediul și experimentează noi activități. Părinții trebuie să aibă o atitudine simpatetică față de curiozitatea sexuală a copilului 6-11 ani Competență <i>-inferioritate</i> Copilul achiziționează cunoștințe și deprinderi specifice culturii din care face parte	încredere în mediu speranță în viitor Simțul autonomiei și respect de sine Capacitatea de a iniția activități și de a le finaliza Competente și achiziții încredere în propriile capacități	Suspiciune, insecuritate, teama de viitor Sentimente de rușine și îndoială față de capacitatea de autocontrol Teama de pedeapsă și culpabilizări Reacțiile nefavorabile ale celorlalți pot determina sentimente de inadecvare și inferioritate

126 Diferențe interindividuale

Adolescența (12-18 ani)

<i>Identitate</i> -confuzie de rol	Capacitatea de a se percepe ca o persoană consecventă și integrată, cu identitate personală puternică	Confuzie în legătură cu cine este și ce reprezintă
Adolescentul caută să-și formeze o identitate personală și vocațională coerentă		

Tinerețea (20-30 ani)

<i>Intimitate - izolare</i>	Capacitatea de a iubi și de a răspunde angajamentelor față de ceilalți	Izolare: relaționare superficială
Tânărul caută relații profunde și de durată, în special cu parteneri de sex opus		

Maturitatea (40-64 ani)

<i>Productivitate-stagnare</i>	Capacitatea de a fi responsabil și atent cu ceilalți într-un sens larg	Oprirea evoluției: limitare și exagerarea preocupărilor față de sine
Adultul încearcă să fie productiv, creativ și să aducă contribuții societății		

Bătrânețea

(peste 65 ani)

Integritate-disperare

Bătrânul își revede și-și evaluează realizările din timpul vieții	Satisfacție pentru propria viață și pentru împlinirea ei; acceptarea morții	Regrete pentru pierderea oportunităților; teamă de moarte
---	---	---

Fig.3.2. Stadiile de dezvoltare psihosocială elaborate de Erikson*.

Studii asupra teoriei lui Erikson

1. În teoria lui Erikson este centrală ideea că personalitatea se modifică în relație cu crizele care caracterizează fiecare stadiu de dezvoltare. Într-un studiu din 1983, Ryff și Heinke pun următoarea problemă: Oamenii pot percepe modificările personalității lor? Perceperea modificărilor personalității a fost studiată în 3 grupuri de

După A.Birch și A.Malim, „Psihologia dezvoltării: de la copilărie la "maturitate" (Basingstoke: Macmillan, 1988).

adulți: tineri, maturi și vârstnici. Subiecții au completat o serie de scale de personalitate, dintre care două se refereau la conceptele eriksoniene de integritate (pentru vârstnici) și productivitate (pentru maturi). S-au obținut declarații actuale, retrospective și prospective despre sine. Au fost decelate dovezi în favoarea teoriei lui Erikson, la nivelul tuturor grupurilor de subiecți, în sensul că subiecții maturi s-au perceput, în general, ca fiind orientați productiv iar cei vârstnici ca fiind bine integrați.

2. O serie de studii elaborate de Block (1971, 1981) au susținut părerea lui Erikson conform căreia modificările personalității din anii adolescenței și maturizării reprezintă momente-cheie în dezvoltare.

3. Studiul longitudinal elaborat de Kahn și colab. (1985) a demonstrat veridicitatea afirmației lui Erikson referitoare la stabilirea identității (în adolescență) ca un element-cheie al realizării ulterioare a unor relații intime adecvate. În acest studiu, scorurile obținute, în 1963, de un lot de adolescenți la scalele de identitate au fost puse în relație, peste 20 de ani, cu statutul lor marital. S-au evidențiat diferențe interesante în funcție de sex: femeile care înregistrează scoruri scăzute pentru identitate, în adolescență, erau, în cea mai mare parte, divorțate sau separate de parteneri; cei mai mulți dintre bărbații cu scoruri scăzute au rămas celibatari.

Evaluarea teoriei lui Erikson

Erikson, ca psihanalist practician, a investigat un mare număr de persoane, normale sau tulburate psihic, de diferite vârste și aparținând unor culturi variate. Teoria sa și-a dovedit valabilitatea nu numai în domeniul psihologiei, ci și al educației și psihiatriei. Totuși, acestei teorii i s-au adus și unele critici. De exemplu, Booth (1975) și-a pus întrebarea dacă cele opt stadii eriksoniene sunt valabile pentru indivizii din societăți și culturi diferite. Este posibil ca valabilitatea crizelor descrise pentru fiecare stadiu, ca și acordul asupra a ceea ce poate constitui un rezultat dezirabil, să depindă foarte mult de normele și valorile unei culturi particulare. De exemplu, stadiul al patrulea, competență - inferioritate, este valabil doar în culturile care pun

accent pe competitivitate și exercită presiuni asupra copiilor care nu posedă abilități în unele domenii.

Deși afirmațiile lui Erikson sunt dificil de verificat, studiile realizate susțin, cel puțin parțial, teoria lui Erikson.

Extinderea teoriei lui Erikson la toate categoriile de vârstă a stimulat studiul dezvoltării de-a lungul întregii vieți, spre deosebire de orientările inițiale în psihologie, care erau concentrate doar pe dezvoltarea copilului.

Autoevaluare

1. Discutați trei diferențieri majore între psihologia analitică a lui Jung și psihanaliza clasică.
2. Care este statutul teoriei lui Jung în cadrul general al psihologiei actuale?
3. Evidențiați patru aspecte prin care teoria lui Erikson diferă de teoria lui Freud.
4. Analizați unul dintre studiile care au examinat aspecte ale teoriei lui Erikson.
5. Formulați unele aprecieri asupra teoriei lui Erikson.

3.3. EVALUAREA PERSONALITĂȚII DIN PERSPECTIVA CONCEPTELOR PSIHANALITICE: TEHNICILE PROIECTIVE

Freud nu a dezvoltat o tehnică de evaluare a personalității bazată pe teoria sa, așa cum a procedat, de exemplu Cattell elaborând Chestionarul PF 16 (vezi capitolul 2). Totuși, pe măsură ce psihanaliza a luat amploare, s-au dezvoltat și o serie de metode de evaluare, complexe și subiective, cunoscute sub denumirea de **teste proiective**. Testele proiective au fost definite, într-o manieră vagă, ca fiind stimuli ambigui la care subiecților li se cere să răspundă. Se

presupune că, prin răspunsul la stimul, subiectul își proiectează propria personalitate, conflictele și motivațiile sale (Marx, 1976). Subiecții nu cunosc scopul unui astfel de test și, ca urmare, pot releva aspecte pe care, într-un alt tip de testare, ar fi tentați să le ascundă. În termeni psihanalitici, stimulii ambigui evită mecanismele normale de apărare și permit accesul la conținuturile preconștientului și inconștientului subiectului. Examinatorului îi revine sarcina de a interpreta aceste materiale.

Deși tehnicile proiective au fost inspirate din ideile lui Freud, au fost folosite și alte instrumente de explorare a conceptelor psihanalitice, de exemplu inventare standard de personalitate. Așa cum remarcau în a doua parte a acestui capitol, Indicatorul Myers-Briggs pentru tipul de personalitate este un test larg utilizat, bazat pe teoria lui Jung. Pe de altă parte, deși tehnicile proiective sunt folosite, în general, în clinici, de către psihologii de orientare psihodinamică, ele au fost utilizate și de psihologi aparținând altor orientări, așa cum este cazul studiului lui McClelland și colab. (1953) asupra achizițiilor și motivațiilor.

Vom descrie, în continuare, trei dintre cele mai cunoscute teste proiective.

Testul Rorschach (Rorschach, 1921)

1. *Descriere.* Testul constă în prezentarea a zece forme simetrice, alcătuite din pete de cerneală, pe care subiectul trebuie să le descrie. Examinatorul notează descrierile subiectului, intervalul de timp scurs până la primirea răspunsului, dacă în scriere este cuprinsă întreaga formă sau doar părți ale acesteia, temele care revin des în descrierea subiectului, reacția generală la test.

2. *Răspunsurile.* Răspunsurile „banale” (de tipul „floare” sau „piele de urs”) nu sugerează un nivel de anxietate sau conflicte semnificative. În schimb, răspunsurile care conțin teme legate de sexualitate sau moarte indică, adeseori, conflicte interioare.

•130 Diferențe interindividuale

1. **Acordarea unui punctaj.** Interpretarea și acordarea unui punctaj sunt sarcini complexe, care cer o pregătire foarte solidă (Kline, 1983). Există o serie de cercetări care relaționează scorurile obținute la acest test cu fenomene clinice, dar Eysenck (1959) argumentează că aceste cercetări sunt lipsite de rigoare științifică. Au fost elaborate și o serie de sisteme de acordare a unui punctaj (Beck, 1952; Klopfer și colab. 1956), dar cei mai mulți dintre critici susțin că sistemul de acordare a unui punctaj propus de Rorschach este subiectiv și lipsit de fidelitate.

Testul de apersepcție tematică (TAT) (Murry, 1938)

1. **Descriere.** TAT constă dintr-o serie de imagini care prezintă persoane aflate în diferite situații, de exemplu, un băiat în postură contemplativă, ținând o vioară sau o femeie stând în cadrul unei uși. Subiectiv li se cere să descrie și să spună o scurtă poveste despre personajele din fiecare imagine.

2. **Răspunsurile.** Răspunsurile subiecților sunt cronometrate și înregistrate în detaliu pentru o analiză ulterioară. Examinatorul trebuie să identifice temele de bază, care pot releva motivațiile și nevoile subiectului, ca și modul lor caracteristic de a face față problemelor.

3. **Acordarea unui punctaj.** Au fost propuse mai multe scheme empirice de acordare a unui punctaj, pe baza puterii de discriminare între diferitele grupuri investigate. Kline (1983) pune la îndoială rigoarea științifică a acestei investigații, ca și în cazul testului Rorschach. Totuși, el a atras atenția asupra unor scheme de acordare a unui punctaj propus de Zubin și colab (1966) pentru TAT, care și-au dovedit, parțial, fidelitatea.

Desenele lui Blacky (Blum, 1949)

1. *Descriere.* Acest test a fost special elaborat pentru a pune în evidență stadiile de dezvoltare psihosexuală din perspectivă psihanalitică. El constă dintr-o serie de desene în care Blacky, un cățeluș, este figurat în câteva situații obișnuite. I se cere copilului să explice ce se întâmplă în fiecare imagine. Testul este utilizat, în special, pentru copiii mici.

2. *Răspunsurile*, care trebuie notate în detaliu, relevă dacă subiectul este fixat într-unui din stadiile psihosexuale. Examinatorul urmărește să identifice indicii despre teama de castrare, fixarea anală, respingerea figurilor parentale, rivalitatea fraternă sau alte evenimente stresante petrecute în copilăria timpurie.

3. Acordarea unui punctaj. Parțial, acest test dispune de o acordare a punctajului, obiectivă și, conform lui Kline (1983), există date asupra validității acestui test.

Criticile aduse testelor proiective

Principalele obiecții aduse testelor proiective au fost rezumate de Vernon (1964) astfel:

1. Nu există o tehnică adecvată sau date care să ateste faptul că aceste teste pot pune în evidență nivelurile profunde ale personalității.

2. S-a dovedit că fidelitatea acestor teste este scăzută.

3. Studiile asupra validității testelor proiective sunt foarte puține. Cu cât examinarea validității este mai riguroasă, cu atât coeficientul de validitate obținut este mai scăzut.

4. S-a demonstrat că rezultatele la aceste teste sunt influențate de factori precum dispoziția subiectului sau examinatorului, atitudinea subiectului față de test și rasa examinatorului.

Fonagy și Higgitt (1984) au evidențiat că, deși sunt larg utilizate în SUA (Wade și Baker, 1977), testele proiective nu sunt incluse în programele de pregătire a psihologilor din clinicile britanice, în care

132 Diferențe interindividuale

influența criticilor aduse acestor teste este foarte puternică (Eysenck, 1959).

Părerii în favoarea testelor proiective

Mulți psihologi consideră că în ciuda limitelor, testele proiective determină „intuiții clinice” corecte, care pot fi confirmate utilizând și alte instrumente de testare, cu o mai mare fidelitate. Kline (1983) evidențiază două argumente în favoarea testelor proiective:

1. Metoda uzuală de validare a testelor proiective presupune ca răspunsurile să fie interpretate fără a avea nici o informație anterioară despre subiect, ceea ce, susține Kline, este un nonsens. Interpretarea testelor proiective trebuie realizată în contextul unor cunoștințe generale despre subiecți și viața lor, în același mod în care psihanalistul interpretează visele. Din această perspectivă, datele despre invaliditatea testelor proiective nu mai sunt atât de stricte.

2. Obiecțiile principale care se aduc testelor proiective se leagă de infidelitatea acordării unui punctaj și interpretării. Aceste neajunsuri ar putea fi depășite prin dezvoltarea unei scorificări și analize fidele a rezultatelor. Kline argumenta că a fost pusă la punct și utilizată cu succes o astfel de metodă pentru testul Rorschach, de către Holley (1973) - și anume, analiza G. Aceasta a fost utilizată și pentru alte teste de către Vegelius (1976), Hampson și Kline (1977). Kline consideră că analiza G permite utilizarea testelor proiective în studii cantitative ale personalității. C.

Semenoff (1981) este de părere că abandonarea testelor proiective ar sărăci psihologia și ar lipsi-o de o sursă importantă de înțelegere.

Autoevaluare

1. Ce sunt testele proiective și cum pot fi folosite în explorarea conceptelor psihanalitice?

2. Descrieți, pe scurt, un test proiectiv și explicați ce fel de indicii caută examinatorul în interpretarea răspunsurilor subiecților.

3. Faceți o apreciere a valorii tehnicilor proiective pentru evaluarea personalității.

LECTURI SUPLIMENTARE

M.N. Eagle, *Recent Developments in Psychoanalysis: a Critical Evaluation* (New York: McGraw - Hill, 1984).

P.S. Holzman, *Psychoanalysis and Psychopathology* (New York: McGraw-Hill, 1970).

P. Kline, *Psychology and Freudian Theory: an Introduction* (London/New York: Methuen, 1984).

A. Storr, (ed.), *Jung: Selected Writings* (London: Fontana, 1983).



MEREU AM SPUS CĂ TOȚI INDIVIZII DIN LUME, CU
EXCEPȚIA TA ȘI A MEA, BA CHIAR ȘI TU, SUNT
PUȚIN CIUDAȚI.

,>*&#***"



•C«,"V-»»«V .'

, uși*



SIHOPATOLOGIE: UN CONTINUUM NORMALITATE /ANORMALITATE

La sfârșitul acestui capitol, veți fi capabili:

1. Să discutați conceptele de normalitate și anormalitate.
2. Să apreciați dacă anormalitatea poate fi considerată boală psihică și să cunoașteți puncte de vedere alternative.
3. Să înțelegeți structura sistemului de diagnosticare și să cunoașteți două sisteme principale: ICD 90 și DSM III R, utilizate de psihologia vestică.
4. Să cunoașteți date despre diagnostic, în special problemele legate de validitate, fidelitate și etichetare.

4.1. NORMALITATE ȘI ANORMALITATE

Introducere

Acest capitol încearcă să stabilească dacă normalitatea și anormalitatea pot fi privite ca un continuum, având puncte de contact imperceptibile și nedefinibile. Dacă acest punct de vedere este corect, intervine întrebarea: în ce puncte comportamentul devine „anormal” și necesită modificări? Fiecare individ are tendința de a se percepe ca fiind normal, deci ce reguli de diferențiere pot fi acceptate? Nu există

o linie certă de demarcație între -oamenii normali și cei anormali; uneori, o persoană normală poate manifesta comportamente anormale, așa cum și pacienții cu tulburări diferite pot avea comportamente și reacții considerate normale. În plus, un comportament normal, într-o serie de circumstanțe, poate fi privit ca anormal, în alte circumstanțe, de exemplu, comportamentul adecvat la o petrecere poate fi considerat anormal la o înmormântare.

Psihopatologia poate fi definită ca studiul științific al tulburărilor psihice (mintale). Dar problema care intervine este definirea tulburării psihice și dacă aceasta poate fi privită ca „boală psihică (mentală)”. Aceste aspecte sunt discutate mai detaliat în a doua parte a acestui capitol, dar trebuie să remarcăm, de la început, că termenul de tulburare psihică acoperă o gamă variată de manifestări, de la episoade scurte, tranzitorii, până la incapacități pe toată durata vieții.

Aproximativ un bărbat din 10 și o femeie din 7 sunt tratați pentru tulburări psihice de-a lungul vieții lor; în majoritatea cazurilor, este vorba despre episoade, de tip depresiv sau delirant.

Comportamentele manifestate inacceptabile pot fi simptome exterioare ale anomnalității, care sunt aduse la cunoștința **psihiatrilor**, aceștia sunt medici specializați în bolile psihice, care încearcă să identifice și să trateze procesele mintale aberante care duc la acest gen de comportamente. *Psihologii clinicieni* sunt psihologi pregătiți pentru administrarea și interpretarea testelor care se adresează funcțiilor psihice: teste de personalitate, teste cognitive, teste proiective și alte instrumente de diagnostic.

Ei elaborează programe care cuprind o gamă largă de terapii, adresându-se tuturor persoanelor (internate sau nu în spitale sau clinici) cu probleme psihice, care încearcă să-și modifice comportamentul și procesele psihice. Diagnosticur și clasificarea tulburărilor psihice vor fi discutate în capitolul 5, iar tratamentul și terapiile în capitolul 6.

Definirea anormalității

Nu există o părere general acceptată asupra modului în care comportamentul anormal poate fi diferențiat de comportamentul normal, dar, uzual, sunt aplicate pentru această distincție unul sau mai multe din criteriile următoare.

Anormalitatea statistică

Comportamentele manifestate cel mai frecvent sunt considerate normale, deci, prin opoziție, comportamentele manifestate cel mai rar sunt anormale (cititorul poate reveni asupra descrierii distribuției normale, din prima parte a capitolului 1). Ar rezulta că oamenii extrem de inteligenți pot fi definiți anormali, ca și cei foarte puțin inteligenți. Într-un mod similar, frecvența statistică a apariției unui Einstein sau a unui Hitler este aceeași, chiar dacă societatea nu îi consideră la fel de dezirabili.

Trebuie remarcat faptul că dezirabilitatea unui comportament nu este inclusă în această definiție statistică, care se dovedește insuficientă pentru clarificarea problematică care ne interesează (Mackay, 1975).

Anormalitatea socială

Criteriul de stabilire a normelor sociale variază de la o societate la alta. Ceea ce constituie un comportament acceptabil sau dezirabil într-o anumită societate poate fi nedezirabil sau anormal într-alta. De exemplu, unele triburi africane respectă pe acei membri ai comunității lor care susțin că aud voci; într-o societate vestică, acesta poate fi considerat un simptom al schizofreniei sau al altei anormalități psihice. De asemenea, normele comportamentale ale unei societăți au o condiționare temporală. De exemplu, în Marea Britanie, acum 70 de ani, erau de neconceput costumele de baie, dar, astăzi, nimeni nu mai rămâne surprins văzând pe plajă femei în bikini. Sau: templele din Asia Mijlocie, datând din secolul al V-lea, sunt decorate cu statui doar

parțial acoperite de îmbrăcăminte, dar, astăzi, intrarea în aceste temple cu o îmbrăcăminte sumară este considerată o insultă (chiar și statuile au fost drapate, pentru a le acoperi goliciunea!).

Deci, pentru a fi universal acceptată, o definiție a anormalității trebuie să includă mai mult decât criteriul acceptării sociale.

Comportamentele dezadaptative

O serie de definiții date anormalității vizează modul în care comportamentul unui individ poate afecta viața celor din jur sau viața întregului grup social. Unele comportamente deviante interferează cu stilul de viață individual, de exemplu, un bărbat care se teme de aglomerație nu se poate sui într-un autobuz pentru a merge la serviciu sau o femeie căreia îi este teamă de contaminare nu-și poate îmbrățișa și săruta copiii. Desigur că asemenea comportamente afectează serios calitatea vieții indivizilor respectivi, dar există și comportamente care afectează major viața grupului. De exemplu, individul paranoid care împușcă inocenți pe stradă sau asasinul care-și consideră acțiunile îndreptățite și corecte sau chiar persoana care folosește un vocabular care îi inhibă sau îi jignește pe cei din jur - sunt, toate, comportamente anormale care se manifestă în detrimentul celorlalți membri ai societății.

Suferința personală

Simptomele tulburărilor psihice includ, adesea anxietate, depresie, insomnie, lipsa pofei de mâncare, dureri, panică sau agitație. Toate acestea cauzează individului o stare de suferință, de care, uneori, nu-și dă seama. Sunt cazuri în care depresia este atât de profundă, încât poate determina suicidul, deși familia sau prietenii nu sunt conștienți de severitatea acestei probleme. Totuși, suferința personală nu este un indicator cert al anormalității psihice; psihopatul ale cărui acțiuni afectează societatea poate să nu aibă nici o suferință personală, dar comportamentele lui sunt considerate anormale. Mulți schizofrenici sau psihopați nu resimt nici o suferință personală, decât în cazul în

care societatea le impune un tratament (Cleckley, 1976). (Descrierea termenilor de psihopat și schizofren se regăsește în capitolul 5).

Definiția legală a anormalității

Definiția legală a anormalității nu influențează direct conceptul psihologic, dar, cum persoanele anormale trăiesc în cadrul societății, această definiție este, evident relevantă. În legislație este utilizat termenul „nebun” sau „dement”, dar nu și în scopuri de diagnostic psihiatric și psihologic; acest termen implică o demarcație clară. În Marea Britanie, legislația stă sub semnul pledoariei lui McNaghten, (1843): „a demonstra starea de nebunie înseamnă a dovedi clar că, în momentul comiterii actului, partea acuzată acționa în lipsa facultăților sale mintale, ca urmare a unei tulburări psihice, sau că nu realiza natura și consecințele actului său; sau că, dacă realiza consecințele, nu-și dădea seama că acestea sunt negative”. Toate aceste considerații sunt legate de procedura penală.

Lipsa de responsabilitate pentru propriile acțiuni este adeseori invocată pentru a apăra indivizii cu o responsabilitate diminuată, în scopul de a nu se putea profita de ei, de exemplu, să fie convinși să semneze acte de renunțare la o proprietate.

Modele (paradigme) ale anormalității

Cercetătorii utilizează diferite modele sau paradigme pentru conceptualizarea comportamentelor anormale, ca și pentru identificarea cauzelor și tratamentului adecvat.

Paradigmele anormalității reflectă cele 5 orientări majore ale psihologiei; ne referim la modelul medical (fiziologic), modelul psihanalitic modelul behaviorist (bazat pe teoriile învățării), modelul cognitiv și modelul umanist. Prezentăm în continuare, bazele teoretice ale acestor paradigme, urmând ca, în capitolul 6, să descriem

tratamentele și terapiile specifice fiecăreia. (O descriere detaliată a abordărilor majore în psihologie poate fi găsită în lucrarea „Perspective în psihologie”, din aceeași serie, 1992, autori Malim, Birch și Wadeley).

1. **Modelul psihanalitic.** Pornind de la teoria lui Freud, teoreticieni psihanalști consideră că multe din motivațiile noastre sunt inconștiente. Conflictele dintre cele trei aspecte ale personalității, id, ego, superego, produc mecanisme de apărare și stări de anxietate care pot avea efecte dezadaptative (vezi capitolul 3; pentru o descriere a teoriei lui Freud). Teoreticienii post-freudieni au și păreri diferite de acestea, dar, în general, consideră că principalele cauze ale anormalității constau în conflictele care trebuie aduse la suprafața conștientului, examinate și rectificate sau reconciliate.

2. **Modelul medical.** Acest model vede anormalitatea ca o boală, care poate fi tratată prin metode fizice de control și vindecare, precum chimioterapia. Diagnosticarea se desfășoară într-o manieră de rutină; se prescrie tratamentul adecvat, deseori în combinație cu terapiile non-fiziologice. Dacă anormalitatea poate fi considerată o boală psihică este o temă foarte actuală de discuție, pe care o vom aprofunda paragrafele 4.2 și 4.3.

3. **Modelul behaviorist** are la bază condiționarea clasică descoperită de Pavlov (1849-1939) și condiționarea operantă, pusă la punct de B.F.Skinner.

Condiționarea clasică se referă la **răspunsurile involuntare** date de indivizi, care pot fi atribuite unei învățări anterioare. De exemplu, în experimentele lui Pavlov, câinii au învățat să saliveze când auzeau o sonerie, deoarece acest sunet se producea în același timp cu aducerea mâncării. Ulterior, ei salivau doar la stimulul sonor, în absența mâncării. Astfel, s-a realizat asocierea între stimuli și a fost programat un răspuns involuntar. Teoreticienii clasici sugerează că răspunsurile inadecvate ale unei persoane la un stimul sunt determinate de o situație anterioară de învățare, când răspunsul a fost considerat corect; interior, însă, unul dintre stimulii asociați inițial lipsește. Acesta este genul de explicație pe care teoreticienii orientării

behavioriste clasice îl dau pentru formarea fricilor iraționale ale fobicilor.

Condiționarea operantă se referă la *răspunsurile voluntare*, repetate în urma recompensării sau întăririi. Experiențele originale ale lui Skinner au investigat situațiile în care pentru a obține hrana, un șobolan trebuia să apese o pârghie sau un porumbel trebuia să ciugulească la vederea unor lumini colorate. Nici unul dintre aceste comportamente de obținere a hranei nu este „natural” pentru animale, dar, în ambele cazuri amintite, ele au învățat rapid cum trebuie să acționeze pentru a obține efectul dorit (hrana). În situațiile sociale reale, acțiunile sunt modelate în funcție de tipul recompensării sau întăririi dorite. De exemplu, un copil care caută la părintele său dragoste, așteaptă să obțină dragoste și nu hrană sau pedeapsă. Dacă răspunsul parental nu este cel așteptat, copilul va învăța un patern greșit de răspuns; acest patern poate fi manifestat de copil mai târziu, când va fi considerat un comportament anormal, fiind inadecvat.

4. *Modelul cognitiv*. Teoreticienii de orientare cognitivă privesc dincolo de schema stimul-răspuns a modelului anterior, fiind de părere că învățarea nu se produce pe un teren gol. Informațiile vor fi primite, asimilate, judecate și raționalizate de către individ, în contextul cunoștințelor și ideilor sale anterioare. Greșelile de raționalizare și conceptualizare sau credințele iraționale deja formate pot determina apariția unor comportamente anormale. Pentru a modifica aceste comportamente este necesară restructurarea cognitivă sau (reorganizarea paternurilor de gândire).

5. *Modelul umanist* (v. §.2.4) Caracteristic acestui model este studiul indivizilor în contextul experienței de viață a fiecăruia (capitolul 2 ia în discuție ideile teoreticienilor reprezentativi ai acestei orientări). Individul este văzut ca urmărind propria realizare și căutând să-și manifeste întregul potențial, din momentul în care nevoile primare îi sunt satisfăcute. Rogers consideră că oricine are nevoie de autoapreciere pozitivă, legată direct de aprecierea pozitivă necondiționată a celorlalți. Problemele de personalitate intervin atunci

când individul este exagerat de preocupat de părerea celorlalți despre sine. Ideea centrală a modelului umanist este posibila discordanță între șinele perceput și cel ideal.

Toate aceste paradigme privesc anormalitatea de pe pozițiile lor teoretice particulare. Pentru o evaluare corectă și completă a problemelor unui individ, este necesară mai mult decât o singură perspectivă. Nici unul dintre aceste modele teoretice nu poate răspunde, singur, tuturor aspectelor anormalității.

Normalitatea

Realizând dificultățile inerente definirii anormalității, este evident că nici definirea normalității nu este mai puțin dificilă, ambele sunt concepte relative. În ciuda acestor dificultăți au fost enumerate, în literatura de specialitate, unele caracteristici prezente la majoritatea oamenilor considerați normali (Jahoda, 1958; Mackay, 1975; Maslow, 1968).

Percepția de sine adecvată

Cei mai mulți indivizi își percep în mod realist capacitățile și limitele, sentimentele, motivațiile și emoțiile. Se poate spune, ca o regulă, că o persoană normală nu face false atribuiri și nu învinuiește forțe necunoscute pentru comportamentele sale particulare.

Respectul de sine și autoacceptarea

Este normal ca o persoană să realizeze valoarea sa ca individ și în relație cu familia, prietenii, colegii și nu să se simtă inutilă, fără valoare sau, dimpotrivă, să manifeste megalomanie („Sunt mai bun ca oricine”). Cunoașterea de sine poate fi integrată în perspectiva asupra mediului, asociată cu conștiința faptului că orice individ îndeplinește

un rol în societate. Împlinirea prin rolul social poate fi, uneori, subminată (în perioade de șomaj, de exemplu), însă activitatea, munca rămân o parte intrinsecă a rolului individului, deci a sinelui.

Controlul voluntar al comportamentului

Este acceptat faptul că orice persoană poate acționa impulsiv uneori (viața țară impulsuri ar fi plictisitoare și previzibilă), dar în general, oamenii normali sunt capabili de autocontrol.

Sunt momente, ca dezastrele naturale, de exemplu, în care controlul propriilor acțiuni în situații extreme este foarte puternic. Pe de altă parte persoanele care simt că nu pot exercita controlul asupra propriilor acțiuni sau cred că sunt controlate de forțe exterioare se află în situația de a avea nevoie de ajutor. Observarea celor care suferă de depresie a arătat că aceștia se simt lipsiți de puterea de a se ajuta singuri sau de a face ceva.

Percepția corectă asupra lumii

De obicei, oamenii știu ce se petrece în jurul lor, sunt conștienți de acțiunile și intențiile celorlalți și sunt interesați de evenimentele din afară spațiului personal. Pentru o persoană anormală din acest punct de vedere, singura arie de interes este propria lume interioară; pentru această persoană, mediul extern nu are nici o relevanță sau are doar intenții de pedepsire.

Relaționarea și dăruirea afecțiunii

Sensibilitatea și capacitatea de a recunoaște sentimentele celorlalți formează baza necesară relaționării. Capacitatea de dăruire a afecțiunii este normală, nu doar în sensul de a căuta în mod constant dragostea, afecțiunea și siguranța sentimentală, ci și în sensul de a răspunde prin sentimente profunde.

Autodirecționarea și productivitatea

Majoritatea oamenilor încearcă să-și organizeze viața cât mai bine și într-un stil propriu, în diferitele sale aspecte: cariera, familia, proprietățile, hobby-urile. Dar o depresie, chiar ușoară, poate provoca sentimente de lipsă de scop, oboseală sau letargie. Nu se poate afirma că o tulburare psihică restrânge, întotdeauna activitatea individului, de exemplu, Van Gogh, Munch, Dali ș.a. au dat dovadă de productivitate și energie uimitoare, fiind recunoscuți ca genii, deși tulburările lor psihice au fost dovedite. Tulburările psihice nu cunosc, întotdeauna, aceeași evoluție; perioadele de normalitate pot alterna cu episoade de anormalitate, crescând sursele de energie și productivitate.

Aprecierea punctelor de vedere asupra normalității și anormalității

Nici una dintre definițiile anormalității, redate aici, nu este suficientă în sine: frecvența statistică, normele sociale, comportamentele dezadaptative, suferința persoană trebuie luate, toate, în considerare pentru a defini și descrie comportamentul anormal. Diferențele abordării din psihologie au atribuit apariția și evoluția anormalității unei game variate de cauze. În plus, trebuie recunoscut faptul că în orice individ există un potențial de anormalitate și că mulți oameni manifestă comportamente anormale în unele momente ale vieții lor, din motive externe (precum un mediu stresant) sau ca urmare a unor modificări interne. Definiția legală a anormalității, este și mai puțin satisfăcătoare, o persoană este declarată „nebună” sau „dementă” într-un mod vag, pe baza incapacității sale de a discerne între bine și rău sau de a exercita control asupra propriilor acțiuni. Reamintim că acești termeni nu sunt folosiți în psihiatrie.

Cu privire la caracteristicile enumerate pentru o persoană normală, trebuie remarcat faptul că majoritatea oamenilor, ar putea recunoaște că cel puțin una dintre acestea a înregistrat scăderi sau

lipsuri, în unele momente ale vieții lor. Poate că cel mai simplu ar fi să admitem că suntem oameni și putem anticipa comportamentele celorlalți doar cu o relativă acuratețe, în caz contrar, dacă nu putem face față circumstanțelor, suntem îngrijorați și ne temem de ceea ce ar putea fi un comportament anormal. Aceste aprecieri lasă deschisă întrebarea dacă actorul sau observatorul au o percepție anormală. În concluzie, o persoană care se comportă conform expectanțelor celorlalți într-o serie de circumstanțe particulare este acceptată ca fiind normală.

Autoevaluare

1. Care sunt principalele criterii de definire a anormalității și care sunt limitele fiecăruia?
2. Care sunt paradigmele (modelele) anormalității?
3. Descrieți, prin comparație, două dintre paradigmele anormalității.
4. Cum puteți descrie o persoană normală? Aveți probleme cu această descriere?

4.2. CONCEPTUL DE BOALĂ PSIHICĂ ȘI MODELUL MEDICAL

Introducere

O serie de psihiatri, printre care Thomas Szasz și R.D.Laing, susțin că anormalitatea nu ar trebui denumită „boală” psihică (mentală). Acest termen implică boli precum pojarul sau cancerul, care nu pot fi controlate de către individ, deci trebuie eliminată orice responsabilitate legată de autocontrol. Dacă se identifică cauze fizice

ale anormalității, atunci aceasta ar trebui numită boală și nu boală psihică.

Semne și simptome

Boala fizică (somatică) este diagnosticată pe baza *simptomelor* (dureri sau alt gen de probleme declarate de pacient sau cei care îi sunt apropiați); acestea sunt confirmate prin *semne*, precum rezultatele la radiografii, analize de sânge ș.a. Psihiatrii diagnostichează boala psihică pe baza simptomelor și afirmațiilor pacientului și rudelor acestuia; dar acestea nu sunt totdeauna sigure. Semnele precum rezultatele la testele psihologice, sunt deschise interpretării și, deci, nu formează o bază certă pentru concluzii. Nici observațiile personalului specializat nu pot fi absolut certe, așa cum dovedesc cele două experimente ale lui Rosenhan (v. §.4.4).

Așa cum au demonstrat Fransella (1975) și Shapiro (1982), lipsa de certitudine a unui diagnostic psihiatric este o realitate (vezi Probleme de diagnostic, paragraful 4.4).

Responsabilitatea

S-a remarcat faptul că societatea absolvă comportamentul anormal, referindu-se la anormalitate ca la o boală; deci, acceptă ireponsabilitatea unui individ asupra propriilor acțiuni. De asemenea, acceptă ireponsabilitatea individului în ceea ce privește tratamentul bolii („Doctore sunt bolnav, te rog să mă vindeci”). Pe de altă parte, însă, unele boli determină culpabilitatea individului: SIDA sau bolile venerice au - indiferent dacă e sau nu corect - implicații morale, iar asemenea atitudini se manifestă și față de leproși sau canceroși, care au observat că, uneori, sunt tratați cu aversiune.

Devianță sau boală! Societatea actuală are o atitudine ambivalență față de anormalitate: deși recunoaște că indivizii pot fi „victime” ale cauzelor externe sau interne, se așteaptă ca ei să dovedească un anumit grad de responsabilitate pentru comportamentul lor, în unele circumstanțe. Acestea nu sunt, întotdeauna bine definite. Oare este mai uman să etichetezi pe cineva ca bolnav psihic, decât

să-l numești deviant sau deficient moral, așa cum sugerează Blaney (1975)? Este mai bine să fii „nebun” decât să fii „rău”? Aceste întrebări reflectă modul în care o persoană poate fi tratată.

Închisoare sau spital? Desigur că tratamentul psihiatric a progresat mult din zilele când pacientul era torturat pentru a exorciza diavolul din el; întrebarea care se pune astăzi este dacă un comportament anormal ar trebui tratat, în ultimă instanță, prin încarcerarea în închisoare sau izolare în spital de boli psihice. Szasz este de părere că mulți criminali cred că se află în închisoare deoarece societatea nu le mai tolerează comportamentul; deci, sunt responsabili pentru comportamentul lor. Dar, această presupunere nu este întotdeauna adevărată. Unii delincvenți consideră că circumstanțele sunt responsabile pentru comportamentul lor („sărăcia m-a făcut să fiu”); o astfel de atitudine este asemănătoare cu a celor care se află în spital, etichetați ca bolnavi psihici.

Libertate. Trebuie să reamintim că, în prezent, în Marea Britanie, sunt foarte puțini pacienți închiși sau deținuți prin invocarea unei secțiuni a Actului de sănătate mintală. Majoritatea sunt liberi să plece când doresc, cu condiția ca ei să înțeleagă că au aceasta libertate. Cei mai mulți înțeleg, dar nu doresc să plece, deoarece realizează, cel puțin parțial, anormalitatea comportamentului lor; ei doresc să fie „vindecați”. Desigur, există și unii bare nu înțeleg această libertate sau care au sentimentul că sunt presați să rămână ca pacienți voluntari, de teamă că, altfel, ar fi aduși înapoi printr-o hotărâre de detenție. Szasz, susține, însă, că nu există pacienți „voluntari”; ei sunt forțați să se interneze în spitale psihiatrice sub amenințarea etichetării, dacă nu cooperează.

Context moral - context medical

Heather (1976) remarcă faptul că anormalitatea ar trebui privită dintr-o perspectivă morală și nu medicală. Nevrozele și tulburările de personalitate sunt exemplele cele mai semnificative pentru lipsa unor cauze organice. De aceea, argumentează el, acestea ar trebui tratate ca tulburări morale sau comportamentale; mai mult ar trebui considerate

tulburări ale unei societăți bolnave și nu tulburări ale indivizilor. Această părere amintește de afirmația lui Laing (1965) privind schizofrenia: „un răspuns sănătos la o lume dementă”. Heather evidențiază, de asemenea, diferențele culturale și temporale de definire a anormalității, atât în cadrul unei societăți cât și între diferite societăți, de exemplu, diagnosticul de schizofrenie este de 10 ori mai frecvent în SUA decât în Marea Britanie.

Curentul antipsihiatric

împotriva unui model medical

Curentul antipsihiatric a fost inițiat, în anii '50, de psihiatri precum Laing, Cooper și Esterson. Aceștia respingeau modelul medical al bolii psihice, pe care îl considerau greșit. Deși, inițial, a recunoscut schizofrenia ca un tablou de simptome și comportamente (1964), Laing a afirmat, ulterior, că persoanele etichetate ca schizofrene au doar nevoie de timp pentru a călători în „spațiul intern” și pentru a-și rezolva propriile probleme. A supune pacientul unui tratament, considera el, înseamnă a interfera cu procesul natural de vindecare (1967). În anii '60, Laing afirma că societatea este mai tulburată de comportamentul schizofrenilor, decât schizofrenii înșiși. Schizofrenii percep propriul comportament ca rațional, având în vedere circumstanțele.

Un mediu protejat. Laing a propus și a inaugurat „casele protejate” pentru schizofreni, unde aceștia puteau trăi fără presiunile exterioare, ceea ce putea elimina comportamentele anormale. Trebuie să reamintim că, în acea perioadă, era „la modă” teoria familială asupra schizofreniei - familia, condusă, în general, de mamă (numită mamă schizofrenogenă), se concentrează asupra unuia dintre membrii săi și, printr-o atitudine constantă de nemulțumire și tiranie, îl transformă pe acesta într-un schizofren. Astăzi, s-a dezvoltat terapia de familie, în care problemele nu mai sunt văzute ca fiind localizate la

un singur individ; dar această terapie se aplică rar în cazul diagnosticului de schizofrenie.

Este posibil ca aceste „case protejate” ale lui Laing să reprezinte începuturile caselor comunitare și căminelor organizate astăzi (v. § 6.5).

Boală psihică-boală organică. Thomas Szasz, în lucrarea sa „Mitul bolii psihice” (1967), evidențiază un argument aparent irefutabil: dacă „mintea” nu există, cum ar putea fi bolnavă? Lucrarea lui a fost scrisă într-o perioadă în care comportamentul manifest era considerat de o importanță majoră, iar orice conflict mintal care preceda un astfel de comportament era privit cu neîncredere. Probabil Szasz a avut, fără să-și dea seama, o perspectivă prea instrumentală asupra conceptului de „minte” sau „psihic”. Astăzi, psihologii sunt gata să recunoască importanța conceptului de psihic. Așa cum argumenta Clare (1980), ideea de psihic fără corp nu are suport științific, ca și ideea de corp fără psihic; cele două sunt direct legate și intercondiționate.

Szasz consideră că, dacă o așa-numită „boală psihică” (sau mintală) are o cauză fizică certă, precum deteriorarea creierului sau a sistemului nervos, dezechilibrul chimic sau hormonal, atunci acel pacient are o boală și nu o boală psihică, deci va trebui tratat medical. Dacă „boala” nu are origini fizice, atunci nu este boală, ci o „problemă de viață”, care trebuie denumită ca atare. Pacientul trebuie ajutat, dacă dorește aceasta, să-și modeleze comportamentul problematic, astfel încât să ajungă la un compromis cu societatea. Oamenii trebuie să-și dea seama că sunt responsabili pentru propriile comportamente.

Tolerarea comportamentelor neobișnuite. Szasz acuză societatea de rigiditate în expectanțele sale față de indivizi. Nu suntem identici, argumentează el și, de aceea, nu putem aștepta comportamente similare, în situații date, de la indivizi diferiți. Societatea ar trebui să fie mai tolerantă față de comportamentele neobișnuite; oamenii sunt tratați ca bolnavi psihici doar pentru că sunt

diferiți de ceilalți (s-ar putea ca persoanele care trăiesc cu un schizofren sau cu un depresiv să nu fie de acord cu această afirmație; Szasz ar răspunde că ei doar își împlinesc soarta). Szasz consideră că societatea are o nevoie disperată de comportamente predictibile; în caz contrar, dacă oamenii fac lucruri ciudate, imprevizibile, sunt etichetați ca „nebuni” sau „bolnavi psihici”. Această etichetare este o „captură” simbolică, care precede „capturarea” fizică a spitalizării, medicamentelor, tratamentelor. Înainte de crearea azilurilor, în secolul al XIX-lea discriminarea bolnavilor psihici nu era cunoscută - afirmă Szasz - societatea era mai tolerantă și permitea bolnavilor psihici să conviețuiască cu ceilalți membri ai societății. Excepția o formau „vrăjitoarele”, care erau arse pe rug și cu care nu puteau face față unei vieți grele, murind de foame sau extenuare.

Trebuie să remarcăm faptul că, astăzi, sunt diagnosticate și tratate mult mai multe boli fizice, față de trecut, când cei aflați în suferință mureau fără a se cunoaște cauza și fără a se încerca un tratament.

Puncte de vedere. Intre Laing și Szasz există o diferență majoră: Laing nega existența unei boli numită schizofrenie, dar oferea sugestii pentru tratarea acesteia; Szasz neagă faptul că schizofrenia există și o consideră doar o etichetă pusă de societate pentru a descrie comportamentele cărora nu le poate face față.

Bailey (1979) se declara de acord cu Szasz în două puncte:

1. O boală psihică cu cauze organice este doar o boală fizică, manifestată prin simptome psihice.

2. Bolile psihice funcționale (fără cauze fizice sau organice) nu sunt boli, ci tulburări de funcționare psihosexuală sau interpersonală; simptomele psihice manifestate oferă argumente pentru alegerea tipului de terapie. Bailey consideră că pacienții au nevoie de o adaptare a comportamentului lor nu pentru a determina societatea să fie mai tolerantă, ci pentru a se putea înscrie în normele acceptate social.

Aprecieri asupra modelului medical și curentului antipsihiatric

S-a pus problema dacă tulburările psihice pot fi evaluate și verificate într-un mod similar celor fizice și dacă acceptarea acestor tulburări ca „boli” poate absolve individul de responsabilitate.

Ideile lui Szasz și Laing pot fi privite ca retrograde și avansate, în același timp. A aștepta ca societatea actuală să fie mai tolerantă cu ceea ce consideră a fi un comportament anormal este idealist. În marile orașe, ca Londra sau New York, se încearcă permanent prevenirea unor manifestări anormale (precum „a locui pe stradă, în cutie de carton”). Populația a devenit, astăzi, prea aglomerată și prea sofisticată pentru a putea accepta comportamentele aberante. Familiile celor cu tulburări psihice sunt supuse unor presiuni insuportabile atunci când încearcă să-și ducă viața într-o manieră obișnuită, atât timp cât unul dintre membri săi este perceput ca suferind.

Nu trebuie subestimată valoarea contribuțiilor lui Szasz și Laing; ei au determinat societatea - și psihiatrii - să se întrebe dacă orice pacient trebuie izolat și pentru cât timp. Ideile acestora au influențat dezvoltarea caselor comunitare, a terapiei familiei, a terapiei morale și a altora de acest gen.

În plus, distincția făcută între boala cu o cauză organică și cea fără cauze organice aparente ajută foarte mult la alegerea tratamentului. Pentru cei care suferă nu are prea mare importanță termenul prin care sunt desemnați - bolnavi sau bolnavi psihici - atâta timp cât aceasta nu constituie o etichetă.

Autoevaluare

1. Încercați să stabiliți o paralelă între diagnosticarea bolilor fizice și cea a bolilor psihice.

2. Explicați în ce măsură conceptul de boală psihică ar putea fi asociat cu moralitatea și responsabilitatea pentru propriile acțiuni.

3. Care este punctul de vedere al lui Szasz asupra modelului medical al anormalității, văzută ca boală psihică?

4. Apreciați valabilitatea acestor puncte de vedere în societatea actuală.

4.3. DIAGNOSTICUL ȘI CLASIFICAREA BOLILOR PSIHICE

Evenimentele stresante sau traumatizante pot determina comportamente anormale, fie acute și tranzitorii, fie cronice sau degenerative. Fiecare individ este unic și de aceea, nu există două persoane care să se manifeste după modele identice, așa cum ele nu împărtășesc un mediu, experiențe sau o moștenire genetică identice.

Psihologia cognitivă a demonstrat că oamenii consideră avantajoasă utilizarea clasificărilor, ca metodă de grupare și de reducere a descrierilor prea întinse (Bruner, 1966); dacă o persoană se descrie prin termenul de „african” sau „european”, se formează imediat o imagine mintală, care poate fi greșită sub unele aspecte, dar care furnizează un cadru general. Într-un anumit sens, clasificările realizate în multe arii ale comportamentului anormal încearcă să ofere acestuia un tablou general.

Diagnosticul anormalității a fost, din punct de vedere istoric, o chestiune de opinie, care depășește scopurile lucrării noastre. Kraepelin (1913) este primul care a încercat o clasificare în această sferă. Necesitatea de standardizare și clasificare a bolilor a recunoscut și a inclus și comportamentele anormale, cu scopul de a comunica rapid și concis, prin intermediul unui diagnostic, informații cu privire la un individ. De exemplu, diagnosticul, „schizofrenie” furnizează o serie de informații imediate unui cunoscător. În acest sens, publicația Organizației Mondiale a Sănătății - *Clasificarea internațională a*

bolilor conținea și bolile mintale. A zecea ediție a acestei publicații (ICD-10) este utilizată curent astăzi. În SUA, a fost elaborat, de către Asociația Americană de Psihiatrie, un document diagnostic mai extins; *Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor psihice*, a cărui a III-a ediție (DSM III R) a fost recent revizuită.

Tulburările psihice sunt clasificate în general, în două categorii majore; psihoze și nevroze.

Psihozele au ecou la nivelul întregii personalități, viața și comportamentul general al individului se află sub semnul acestei probleme. Ca manifestări psihotice majore, au fost descrise pierderea contactului cu realitatea și limitarea sau distrugerea comportamentelor uzuale (precum relaționarea sau menținerea igienei personale). În general, termenul de psihoză presupune tulburări de lungă durată, cu un anumit grad de severitate (de exemplu, schizofrenia).

Nevrozele nu afectează întreaga personalitate, individul menținând, parțial, contactul cu realitatea. Deseori, nevroticii realizează anormalitatea reacțiilor și comportamentelor lor; le pot recunoaște și discuta comportamentele dezirabile la care doresc să revină.

Atât ICD 10, cât și DSM III R au încetat să folosească această clasificare generală; aria acestor manifestări s-a dovedit atât de largă, încât descrierile precum „pierderea contactului cu realitatea” au devenit lipsite de sens. Categoriile tulburărilor psihice sunt, la ora actuală, mult mai specific definite. Se poate spune că utilizarea medicamentelor psihoactive moderne (vezi capitolul 6) a modificat perspectiva asupra psihozelor.

Vom prezenta, în continuare, o discuție cu privire la cele două documente diagnostice amintite. Pentru o mai bună înțelegere, cititorul poate consulta și Tabelul de clasificare a tulburărilor, din capitol 5 (fig.5.1).

ICD10

>

Diferența majoră între ICD 9 și ICD 10 constă în faptul că ultimul nu mai utilizează clasificarea generală psihoze/nevroze, deși termenii „nevrotic” și „psihotic” apar asociați unor categorii specifice, de exemplu „tulburări nevrotice, somatoforme, legate de stress” sau „tulburări psihotice acute și tranzitorii” (fig.5.1).

Diagnosticienii care utilizează ICD 10 identifică simptomele care indică una din cele 10 categorii majore, numite „categorii bifactoriale”, iar investigațiile ulterioare sunt destinate particularizării diagnosticului, prin încadrarea lui într-o categorie specifică (trifactorială); aceste categorii incluse în ICD 10 sunt flexibile.

ICD 10 tratează și probleme de terminologie, inclusiv modul în care poate fi utilizat termenul de boală psihică sau mintală. Pentru a evita implicațiile inerente acestui termen, este folosit mai mult cel de tulburare (sau dezordine). Deși nici acesta nu este exact, el implică existența unui grup de simptome care determină o suferință personală și interferează cu funcționarea individului.

Termenii „psihogen” și „psihosomatic” nu sunt menționați în ICD 10, datorită accepțiunilor și interpretărilor variate, în funcție de condițiile psihiatrice și de țară.

DSM III R

DSM III R conține un singur nivel de categorii, asemănătoare, în principal, categoriile bifactoriale din ICD 10, cărora li se mai adaugă câteva categorii trifactoriale; retardarea mintală nu este menționată ca o categorie separată, ci este inclusă ca subcategorie a tulburărilor de dezvoltare din copilărie. Tulburările descrise și clarificate în cele două manuale sunt aceleași, dar, în plus, DSM III R descrie și procedeele de diagnostic.

Investigațiile utilizate în DSM III R sunt organizate în funcție de 5 axe. Axele I și III sunt destinate explorărilor făcute de psihiatru pentru fiecare pacient, iar axele IV și V sunt opționale, fiind utilizate doar dacă psihiatrul le consideră relevante.

Acest sistem multiaxial cere diagnosticianului să opereze cu o paletă întinsă de informații.

Axa I. Ce tip de problemă prezintă pacientul în prezent? (de exemplu simptome de schizofrenie sau tulburări de tip toxicomanic).

Axa II Pacientul are antecedente patologice, precum o istorie a tulburărilor de personalitate?

Axa III. Există probleme fizice sau condiții agravante, precum diabet sau un infarct recent? (Acestea pot fi sau nu relevante, dar, oricum, trebuie notate).

Axa IV. Examinează severitatea experiențelor psihosociale stresante pentru individ și le ierarhizează pe o scală de la 1 la 6 (de exemplu, deces în familie sau divorț).

Axa V. Realizează o evaluare globală a individului din punct de vedere psihologic, social, ocupațional, vizând atât nivelul curent de funcționare, cât și cel mai înalt nivel atins în timpul ultimilor ani (pentru comparație). Scorurile se plasează pe o scală de la 90 (care reflectă o gamă largă de interese, satisfacții legate de propria viață, preocupări legate doar de micile probleme cotidiene) la 1 (unde individul este considerat în pericol de a aduce prejudicii celorlalți sau propriei persoane; tendințe de suicid).

Figura 4.1 exemplifică modul de utilizare a DSM III R.

Client: A.N. Other
Axa I: tulburare dată de consumul de substanțe psihoactive (heroina)
Axa II: personalitate antisocială
Axa III: seropozitiv
Axa IV: factori psihosociali stresanți - decesul apropiat al unor prieteni apropiați
Axa V: nivel curent de funcționare, 25; cel mai înalt nivel în ultimul an, 41

Fig.4.1. Exemplificare (fictivă) a unui diagnostic multiaxial, realizat după DSM III R.

Cele două categorii generale ale tulburărilor psihice

Deși termenul de boală mintală nu este utilizat în ICD 10, rămâne de actualitate distincția între handicap mintal și boală mintală (psihică), deoarece, cel puțin în Marea Britanie, asistenta de specialitate se adresează diferențiat acestor două categorii. Există spitale psihiatrice (pentru bolnavii psihici) și „spitale pentru subnormalitate” (pentru handicaparea mintală). Desigur că schimbările terminologice necesită un timp mai îndelungat pentru a trece prin filtrul realității.

Boala mintală nu se confundă cu handicapul mintal (sau retardarea mintală), deși ambele pot fi agravate prin condițiile de mediu natural și social.

Handicapul mintal este prezent de la naștere, sub forma unei afectări pre- sau post-natale a dezvoltării capacității intelectuale, datorată unor cauze variate: factori genetici, factori intrauterini, traumatisme pre- sau post-natale. Handicapul mintal cuprinde o gamă largă de manifestări, de la dificultăți de învățare până la handicapuri severe, datorate leziunilor corticale din perioada fetală. (v. §.5.3).

Există, însă, unele arii incerte privind discriminarea între boala mintală și handicapul mintal; sunt încă dispute asupra autismului, de exemplu, considerat, de unii, ca o formă de handicap mintal, iar de alții ca tulburare de dezvoltare. În plus, nu există remedii ale bolii mintale care să fie valabile și pentru handicapul mintal.

Boala mintală (psihică), pe care o vom supune discuției detaliate tot în capitolul 5, presupune că indivizii pot fi afectați, în unele momente ale vieții, de dezechilibre diagnosticabile, tratabile și, uneori, vindecabile. Există păreri, ca cea a lui Laing, care argumentează că un comportament anormal se poate datora unora circumstanțe sociale aberante; modificarea acestor circumstanțe determină modificări pe plan comportamental-individual, ceea ce demonstrează lipsa de acuratețe a termenului boală mintală (așa cum am arătat în paragraful 4.2)

Autoevaluare

1. Care sunt sistemele principale de diagnostic folosite în societățile vestice? Care sunt asociațiile profesionale care au elaborat aceste documente?

2. Care sunt particularitățile procesului de diagnosticare implicate de cele două sisteme de clasificare?

3. Care sunt cele două categorii funcționale generale utilizate în Marea Britanie, separat de sistemele clasificatorii?

4.4. INSTRUMENTE DE DIAGNOSTIC

Acest termen desemnează tehnicile variate utilizate de diagnostician, psihiatru sau psiholog, pentru a determina cauzele și categoria anormalităților vizate.

Interviul clinic

Acesta nu reprezintă doar o „conversație plăcută”, ci presupune stabilirea unui raport cu pacientul, pentru a releva ariile problematice. Clinicienii de orientare umanistă sau psihodinamică pornesc de la premisa că pacientul nu cunoaște problemele care îl deranjează, urmând să le identifice împreună. În cursul interviului, sunt înregistrate nu numai răspunsurile pacientului, ci și reacțiile lui emoționale adiacente. De altfel, reacțiile și stările emoționale nu pot fi reflectate cu acuratețe de cuvinte și, de aceea, înregistrările clinicienilor pot varia calitativ.

Empatia este foarte importantă în clinică; factorii situaționali, vârsta, sexul sau prezența generală a examinatorului pot influența

puternic răspunsurile pacientului, mai ales cele date la întrebările personale.

Interviul structurat furnizează informații standardizate, necesare clinicianului. Un exemplu de interviu structurat este Inventarul pentru tulburări afective și schizofrenie (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*, SADS). Conform lui Edincott și Spitzer (1978), fidelitatea diagnosticelor stabilite prin SADS este impresionantă.

Testele psihologice

Acestea se împart în trei categorii majore: teste proiective, inventare de personalitate și teste de inteligență (descrise în capitolele 1,2 și 3).

Testele fiziologice

O radiografie poate releva fracturi, dar razele X trec prin țesuturile moi ale creierului și nu pot indica problemele de la acest nivel. Dar introducerea unei substanțe colorate, fără efecte secundare, în circulația sangvină cerebrală, oferă un suport razelor X, care pot arăta, astfel, poziționarea unor blocaje sau hemoragii cerebrale.

O altă tehnică cunoscută astăzi este scanarea. Există mai multe variante de scanare: tomografia prin emisie de pozitroni (Positron Emission Tomography, PET), tomografia axială computerizată (Computerised Axial Tomography, CAT) și vizualizarea răspunsurilor magnetice (Magnetic Response Imaging, MRI), care oferă, toate, imagini computerizate ale creierului. Ariile nefuncționale, probabil lezate, pot fi astfel identificate și explorate ca elemente determinante ale anormalității (vezi figura 4.2, pentru descrierea acestor tehnici), însă, multe tulburări psihice nu se asociază unor anormalități fiziologice demonstrabile și, ca urmare, fiind foarte costisitoare, aceste tehnici se utilizează doar în cazuri bine motivate.

1. **Scanarea CAT.** În tomografia axială computerizată, deasupra creierului pacientului este trecut un fascicul de raze X, în secțiune transversal-orizontală. Detectorul de raze X, măsurând nivelul radioactivității, identifică diferențele de densitate de la nivelul țesuturilor. Pe baza acestor informații, computerul construiește o imagine bidimensională alb-negru a secțiunii. Pot fi reproduse imagini în secțiune ale tuturor ariilor cerebrale. Aceasta nu este o tehnică invazivă, deoarece nu presupune intervenția chirurgicală sau introducerea unor substanțe străine în organismul pacientului.

2. **Scanarea PET.** În tomografia prin emisie de pozitroni, o substanță utilizată de creier (de exemplu, glucoza sau oxigen) este atașată unui izotop radioactiv cu viață scurtă și injectată în circuitul sanguin. Moleculele radioactive emit pozitroni, care pot fi identificați de scanner. Computerul analizează milioane de astfel de detectări și le convertește într-un tablou în mișcare al funcționării cerebrale, în secțiune transversal-orizontală. Această imagine poate fi proiectată și pe un scanner color; ratele de metabolizare din diferite arii (în care substanța atașată a fost consumată mai rapid) sunt indicate prin diferite culori. Deplasarea imaginii obținute prin scanare furnizează informații nu numai despre localizarea leziunilor, tumorilor sau blocajelor funcționale, ci și despre distribuția cerebrală a medicamentelor psihoactive. Astfel, pot fi relevate eventualele procese fiziologice anormale de la nivelul creierului. Scanarea PET este o tehnică invazivă.

3. **Scanarea MRI sau NMR** (Nuclear Magnetic Response Imaging). Vizualizarea răspunsurilor magnetice (sau nuclear magnetice) este o tehnică superioară scanării CAT, furnizând imagini de o calitate superioară, deci mai multe informații, fără să fie o tehnică invazivă, ca scanarea PET. În scanarea MRI, pacientul este plasat în interiorul unui circuit magnetic larg, care determină mișcări ale atomilor de hidrogen din organism. Când magnetul este închis, atomii de hidrogen, revenind la pozițiile inițiale, produc semnele electromagnetice care, prin prelucrare computerizată, formează imagini ale țesuturilor cerebrale.

Fig.4.2. Tehnici de scanare utilizate în diagnosticare.

Anormalitatea activității electrice cerebrale poate fi identificată prin electroencefalogramă (EEG): se fixează electrozii pe scalpul pacientului, cu ajutorul unei substanțe aderente, dar impulsurile electrice provenite din diferite arii cerebrale se înregistrează pe o foaie de înregistrare. Se pot identifica modelele normale ale unor funcții cerebrale precum somnul, starea de veghe, activitatea cognitivă, dar nu există modele specifice ale unei boli psihice particulare.

Multe dintre anormalitățile sau afecțiunile cerebrale sunt atât de subtile, încât nu pot fi relevate prin examinare fizică.

Clinicienii evaluează, în plus, și activitatea inimii, răspunsurile galvanice ale pielii (obținute prin conductivitatea pielii) și tensiunea arterială, ca indici care pot fi corelați cu comportamentele manifeste.

Observarea comportamentului

Este dificil să se urmărească un comportament chiar în momentul în care se manifestă. O serie de situații (din familie, de la locul de muncă) care preced un comportament anormal pot fi la fel de importante ca și descrierea acelui comportament. Mulți terapeuți construiesc situații în cabinetele lor, pentru a putea observa un comportament. Acest procedeu invocă fenomenul de **reactivitate a comportamentului**, cu alte cuvinte, comportamentul se modifică atunci când este supus observației.

Fidelitatea evaluării comportamentului depinde direct de calitățile observatorului și de conceptualizările sale. Fidelitatea observațiilor poate fi îmbunătățită prin exerciții în pereche sau în grup.

Berstein și Nietzel (1980) au constatat că supravegherea accidentală a observatorilor crește fidelitatea relatărilor acestora;

în plus, trebuie stabilită validitatea observațiilor, în sensul asocierii comportamentelor observate, cu problemele reale ale pacientului (clientului). Poate fi real justificată o presupunere de tipul: întârzierile constante la întâlnirile cu clinicianul sunt un semn al ostilității clientului? Sau: comportamentele particulare observate de clinician sunt tipice pentru comportamentul general al clientului?

Zeigob și colab. (1975) au ajuns la concluzia că mamele au o atitudine pozitivă mai pronunțată față de copiii lor atunci când se știu observate, comparativ cu momentele în care observarea s-a desfășurat fără știrea lor.

Este evident faptul că situația influențează comportamentul; Mischel (1968) argumenta că, în determinarea unui comportament, influențele situaționale sunt mai importante decât cele interne (v. §.2.3).

Expectanțele observatorului pot influența și ele, observațiile acestuia (așa cum demonstra Rosenthal, în 1966, rezultatele s-au dovedit cele pe care observatorul a fost determinat să le aștepte - vezi paragraful 1.2, pentru descrierea acestui experiment).

Automonitorizarea

Automonitorizarea comportamentului poate fi realizată de către client, chiar dacă rezultatele acestui procedeu nu sunt întotdeauna fidele (Nelson, 1977); clientul nu este, întotdeauna, motivat pentru onestitate și nu dorește să-și atribuie unele greșeli. Chestionarea atentă cu privire la comportamentele raportate de client poate indica puncte în care este necesară modificarea sau modelarea comportamentului. De exemplu, dacă familia clientului îi va da acestuia atenția cuvenită, pot fi evitate comportamentele nerezonabile sau conflictuale.

Autoevaluare

1. Apreciați utilitatea tehnicilor „față în față” pentru stabilirea diagnosticului unor probleme psihice.

2. Descrieți instrumentele fiziologice care pot fi utilizate de clinician.

3. Discutați utilitatea observării comportamentului și a tehnicii de automonitorizare.

4.5. PROBLEME DE DIAGNOSTIC

Introducere

Principalele probleme asociate diagnosticului sunt următoarele:

1. *Fidelitatea*. Este similar diagnosticul pus de doi clinicieni aceluiași pacient?

2. *Validitatea*. Tabloul simptomatic identificat reprezintă un diagnostic real? Categoriile de diagnostic stabilite sunt o reprezentare a fenomenelor reale?

3. *Etichetarea*. Care va fi rezultatul încadrării individului într-o categorie? Va fi el etichetat pentru toată viața?

Vom urmări aceste probleme mai în detaliu.

Fidelitatea

Întrebările care se pun în legătură cu această problemă sunt:

- Se menține diagnosticul de-a lungul evoluției bolii pacientului?

- Dacă pacientul este examinat de mai mulți psihiatri, diagnosticul dat va fi același?

Ullman și Krasner (1975) remarcă că fidelitatea este relativ bună pentru diagnosticul majorității categoriilor de tulburări psihice, dar, pentru altele, extrem de scăzute.

Rosenhan (1973) a desfășurat un experiment considerat clasic astăzi. Opt persoane „normale”, care ceruseră programări la diferite spitale psihiatrice din SUA, prezentau un singur simptom: pretindeau că aud voci, repetând aceleași cuvinte. Toți au fost acceptați ca pacienți: în timpul spitalizării, nu au manifestat comportamente false sau aberante, deși, uneori, comportamentele lor normale au fost interpretate greșit de către personal; de exemplu, pacientul care a notat tratamentul care i s-a aplicat a fost considerat compulsiv (compulsia de a scrie). Nici unul dintre membrii personalului nu a raportat elemente care să-i deosebească pe cei opt de ceilalți pacienți ai

spitalului. Ulterior, cei opt au fost externați cu diagnosticul „schizofrenie în remisie”, perioada de spitalizare variind între 9 și 52 de zile.

Într-un al doilea experiment, personalul unui alt spital psihiatric a fost informat cu privire la primul experiment și a fost avertizat că, într-un interval de 3 săptămâni, s-ar putea programa pentru spitalizare câțiva pseudo-pacienți. În timpul acestei perioade, au fost internați 193 de pacienți; personalul a fost convins că 41 dintre aceștia nu erau pacienți veritabili, iar alți câțiva pacienți au fost doar suspectați de falsitatea simptomelor invocate. În realitate, toți pacienții internați, în acea perioadă de trei săptămâni, erau veritabili.

Cooper (1972) afirmă că persoanele diagnosticate ca schizofrene în SUA sunt de 10 ori mai multe decât în Marea Britanie.

Fransella (1975) este de părere că majoritatea categoriilor de diagnostic nu sunt exclusive și pot rămâne deschise; pe de altă parte, mulți schizofreni nu prezintă simptome comune.

Beck și colab. (1962) relatează că, împreună cu alți trei psihiatri, a diagnosticat 153 pacienți; fiecare dintre aceștia a fost examinat de doi psihiatri. Autorul și colaboratorii săi căzuseră de acord asupra manualului de diagnostic, dar nu și asupra tehnicilor de colectare a datelor. Procentul de concordanță a diagnosticelor date a fost numai 54%.

Reluând aceste cazuri citate, **Ward și colab. (1962)** a sugerat câteva motive pentru rata scăzută a concordanței diagnosticelor:

1. Inadecvările sistemului de diagnostic, precum criteriile vagi sau categoriile prea puțin delimitate, sunt răspunzătoare pentru 62,5% din discordanțe.

2. Inconsistența informațiilor prezentate de pacient.

3. Inconsistența tehnicilor utilizate de diagnostician, de exemplu, diferențe între tehnicile de interviu.

(Punctele 2 și 3 au reprezentat baza pentru echilibrarea discordanțelor).

Shapiro (1982) afirmă că pacienții cu anxietate severă și iluzii pot fi clasificați atât ca nevrotici cât și ca psihotici, în funcție de perspectiva asupra intensității problemelor lor.

Validitatea

Validitatea, așa cum am arătat în capitolul 1, urmărește să stabilească dacă un test, un diagnostic sau o situație sunt, într-adevăr, ceea ce se consideră a fi. Cu privire la diagnostic, o descriere de tipul „picioare rupte” poate reda afecțiunea reală de care suferă pacientul? În domeniul tulburărilor psihice, răspunsul nu este întotdeauna atât de evident ca în exemplul anterior. Dacă fidelitatea este o condiție esențială a validării, atunci deja au fost puse în evidență unele îndoieli. În plus, **Heather (1976)** declară că doar puține dintre cauzele tulburărilor psihice sunt cunoscute și că există o șansă de doar 50% să se prescrie un tratament în urma diagnosticului stabilit.

Bannister și colab. (1964) sugerează că, de fapt, alți factori și nu diagnosticul stabilesc tratamentul utilizat.

Mackay (1975) presupune că, datorită neclarității termenului „boală psihică (mentală)”, procesul de diagnosticare nu poate fi valid; alegerea tratamentului pare mai mult întâmplătoare.

Clare (1980) este de părere că nici diagnosticul bolilor fizice nu este atât de clar și fidel cum se crede; criticiile ar trebui îndreptate către cei care pun diagnosticul și nu către procesul de diagnosticare în sine.

Toate aceste opinii și afirmații susțin punctul de vedere al lui **Falek și Moser (1975)**: diagnosticul unor boli somatice, precum angina sau amigdalita, poate fi supus acelorași dezacorduri ca și diagnosticul psihiatric, în lipsa unor teste de laborator certe.

Etichetarea

Odată stabilit, diagnosticul este înregistrat în documentele pacientului și poate deveni sinonim cu persoana sa - adică el va fi „etichetat”.

E posibil ca familia și prietenii să privească altfel individul etichetat printr-un diagnostic psihiatric - eticheta poate, chiar, să înlocuiască individul.

Chiar atunci când pacientul este externat, el nu este eliberat de etichetă, ceilalți își amintesc de această etichetă, care rămâne înregistrată în documentele medicale; acestea sunt confidențiale, dar, în aceste zile ale computerizării, pentru câți sunt, de fapt, confidențiale?

Laing (1967) considera că pacientul este etichetat pentru a fi instituționalizat și dezumanizat; eticheta reprezintă „închisoarea simbolică” a individului.

Scheff (1966) sugera că tulburarea este un rol social învățat; individul etichetat acționează conform stereotipului. Dar comportamentele manifestate de schizofrenie, de exemplu, sunt atât de diferite și acoperă o gamă atât de largă, încât nu pot fi înscrise într-un stereotip.

Studiul lui **Gove (1970)** arăta că dovezile stigmatului social asociat bolii psihice sunt prea puțin concludive, chiar dacă sunt voci care susțin contrariul.

Punctele de vedere variate asupra normalității și anormalității din diferite culturi au fost investigate de **Murphy (1976)**; acesta a concluzionat că atât eschimoșii, cât și triburile Yoruba diferențiază șamanii (cei care au viziuni) de indivizii „nebuni” din comunitatea lor, care manifestă refuz de comunicare, trăiri iluzorii și atitudini bizare. În ambele culturi, există cuvinte distincte pentru „șaman” și „nebun”.

Toate acestea sunt argumente pro și contra etichetării. Pe de-o parte, este diagnosticul, legat de o anumită categorie, identificabil de către specialiști. Pe de altă parte, este părerea că persoana poate juca rolul sugerat de etichetă sau poate fi stigmatizată din cauza acesteia, își poate pierde slujba sau poate intra într-un declin al statusului său social.

Aprecieri asupra diagnosticului și clasificării

Faptul că multe studii au infirmat fidelitatea diagnosticelor medicale nu este un motiv valabil pentru renunțarea la diagnostic; aceasta este valabilă și pentru diagnosticul psihiatric.

Spitzer (1976) a combătut cu curaj studiile lui Rosenhan; el susține că diagnosticul „schizofrenie în remisie” este foarte rar folosit pentru pacienții veritabili, deci este destinat numai pseudopacienților. Ca urmare, acest diagnostic nu poate pune într-o lumină proastă spitalele psihiatrice. El apără procedurile psihiatrice și sugerează că problemele de diagnostic sunt legate numai de anumiți specialiști. Spitzer critică concluziile lui Rosenhan și datorită utilizării termenilor „sănătos” - „nesănătos” („nebun”), care sunt doar termeni legali și nu psihiatrici. Dar, mulți psihiatri și psihologi rămân la părerea că „schizofrenie în remisie” este un diagnostic comun.

Fonagy și Higgitt (1984) sugerează ca termenii precum anxietate sau schizofrenie să nu fie folosiți sub forma unor categorii de diagnostic care descriu „boli” particulare, ci să fie utilizați cu scopuri descriptive, pentru a formula ipoteze testabile cu privire la o tulburare psihică. Dacă s-ar da curs acestei sugestii, s-ar putea ca problema etichetării să fie eludată.

Autoevaluare

1. Care sunt studiile care au sugerat că diagnosticul tulburărilor psihice nu este în totalitate fidel?
2. Aceste studii sugerează renunțarea la diagnosticare?
3. Care au fost presupunerile făcute cu privire la validitatea diagnosticului?
4. Care sunt problemele ridicate de categorizarea sau „etichetarea” bolilor psihice?

LECTURI SUPLIMENTARE

A. Clare, *Psychiatry in Dissent* (London: Routledge, 1992).

T.W. Costello and J.T. Costello, *Abnormal Psychology* (New York: Harper Collins College Outline, 1992).

R.D. Laing, *The Divided Self* (Harmondsworth: Penguin, 1965).

T. Szasz, *The Myth of Mental Illness* (London: Paladin, 1972).



NEBUNIA ESTE EREDITARĂ - O CAPEȚI DE LA
COPILII TĂI.



CAUZE, CATEGORII ȘI DESCRIERI ALE TULBURĂRILOR PSIHICE

La sfârșitul acestui capitol, veți fi capabili:

1. Să înțelegeți sistemele de categorizare utilizate în ICD10 și DSM III R.
2. Să vă familiarizați cu descrierea, etiologia și prognoza unei varietăți de tulburări psihice.
3. Să cunoașteți contribuția factorilor ereditari, neurochimici și de mediu la etiologia tulburărilor psihice din copilărie și adolescență.

5.1. CATEGORIILE TULBURĂRILOR PSIHICE

Introducere

Așa cum am arătat în capitolul precedent, majoritatea categoriilor diagnostice ale tulburărilor psihice sunt descrise în ICD10 și DSM III R. Deși nu sunt identice, există foarte multe similitudini între aceste două sisteme diagnostice, pe care lucrarea noastră le tratează conjugat.

Atât în ICD10, cât și în DSM III R, tulburările psihice specifice sunt grupate în funcție de simptomele și cauzele similare, formând categorii majore, care poartă denumiri comprehensive.

Figura 5.1 indică cele 10 categorii diagnostice majore; la fiecare, sunt prezentate tulburările specifice desemnate în categoria respectivă. Această prezentare nu este exhaustivă, dar prezintă exemple, unele deja familiare pentru cititorul interesat (o descriere mai detaliată a acestor tulburări se regăsește în paragraful 5.2).

Autoevaluare

Indicați categoriile principale în care se descriu următoarele tulburări specifice:

- a) boala Alzheimer;
- b) schizofrenia catatonică;
- c) tulburarea afectivă bipolară;
- d) fobiile;
- e) anorexia;
- f) autismul;
- g) tulburarea hiperkinetică.

:

5.2. DESCRIEREA TULBURĂRILOR PSIHICE

Introducere

În această parte descriptivă sunt incluse exemple de tulburări din fiecare categorie principală enumerată în prima parte a acestui capitol. Sunt amintite etiologia, simptomatologia și prognoza (predicții cu referire la evoluția bolii), acolo unde este posibil, cu excepția celor deja amintite în lucrarea noastră.

1. TULBURĂRI
PSIHICE ORGANICE

Demențe variate (de ex.
determinate de HIV sau
afecțiuni vasculare)

Boala Alzheimer
Tulburări cauzate de
leziuni sau afecțiuni ale
creierului

Amnezii organice

2. TULBURĂRI
DETERMİNATE DE
CONSUMUL
SUBSTANTELOR
PSIHOACTIVE

Intoxicație,
dependență, abuz,
abținență de
substanțe precum:
alcool, derivați ai
opiului, stimulente,
cannabis, sedative
cocaină, tutun,
solvenți,
halucinogene

Cu sau fără
complicații (de ex.
comă convulsii)

3. SCHIZOFRENIE
ȘI TULBURĂRI
DELIRANTE

Schizofrenie (de ex.
simplă, hebefrenică
catatonică, .
paranoidă)

Tulburare delirantă
persistentă

Tulburări psihotice
acute sau tranzitorii
Tulburări afective
schizofrenoide

4. TULBURĂRI
AFECTIVE

Mania
Tulburarea
afectivă bipolară

Episod depresiv
Depresie
recurentă

Alte tulburări
afective (de
dispoziție)

5. TULBURĂRI
NEVROTICE ȘI
LEGATE DE
STRESS

Fobii
Tulburări
anxioase (de ex.
atac de panică)
Tulburări
obsesiv-
compulsive

Stress sever (de
ex. sindrom de
stress
posttraumatic)

Tulburări
disociative (de
ex.: fuga,
amnezia,
personalitatea
multiplă)
Tulburări
somatoforme
(de ex.
ipohondria)

6. TULBURĂRI DE COMPORTAMENT, ASOCIATE CU PROBLEME FIZICE	7. TULBURĂRI DE PERSONALITATE LA ADULȚI	8. RETARDARE MINTALĂ	9. TULBURĂRI DE DEZVOLTARE PSIHOLOGICĂ	10. TULBURĂRI SPECIFICE COPILĂRIEI ȘI ADOLESCENȚEI
Tulburări de alimentație (de ex. anorexia, bulimia)	Tulburări specifice de personalitate (de ex. personalitatea paronoidă, schizoidă, disocială)	Categorii de retardare ușoară moderată severă profundă	Tulburări de comunicare (limbaj și vorbire)	Tulburare hiperkinetică Tulburări de contact
Tulburări de somn fără suport organic (de ex. insomnia, somnambulismul, coșmare)	Modificări de personalitate în urma catastrofelor		Tulburări specifice școlare (educaționale) (de ex. dislexia)	Tulburări emoționale (de exemplu: anxietate fobică, anxietate de separare) i
Disfuncții sexuale (neorganice)	J		Tulburări pervazive (de ex. autismul)	Tulburări de funcționare socială (de ex. mutism selectiv) Tulburări nervoase (de ex. Sindromul Tourette) Alte tulburări (de ex. enurezis, tulburări de alimentație balbism)
Tulburări puerperale (de ex. psihoză puerperală) depresii post-natale Abuz de substanțe care nu dau dependență (de ex. laxative, vitamine, steroizi)	Tulburări ale instinctelor și deprinderilor (de ex. piromania)			

Fig.5.1 Categoriile principale ale tulburărilor psihice specifice

Categoria 1. Tulburări psihice organice

Acestea se datorează deteriorării fizice a creierului sau degenerării sistemului nervos.

a) *Boala Parkinson*. Celulele cerebrale care produc dopamina nu mai funcționează normal. Simptomele fizice sunt tremurul și mersul târșăit. La mulți pacienți, tratamentul constă în administrarea medicamentului L-dopa, dar este necesară o monitorizare strictă, pentru a evita supradozarea. L-dopa este o variantă sintetică a dopaminei, care înlocuiește acest neurotransmițător și face posibilă reluarea circuitului dopaminic. Supradozele de L-dopa pot determina halucinații sau alte simptome similare schizofreniei, (vezi Tulburarea dopaminică, capitolul 5).

b) *Boala Alzheimer* a fost identificată pentru prima dată în, 1860, de către neurologul german Alois Alzheimer, atât la pacienții cu vâsta între 40 și 50 ani, cât și la pacienții vârstnici. Este clasificată ca o demență presenilă. Debutează cu dificultăți de concentrare, momente de absență și iritabilitate; facultățile mintale se deteriorează într-o manieră specifică demenței (descrisă mai jos). În boala Alzheimer, intervine o *degenerare primară a neuronilor* (celulele nervoase) - (cititorul poate consulta figura 5.3, pentru informații despre neuroni și transmiterea nervoasă). Celulele cerebrale suferă de o atrofiere atât de accentuată, încât ventriculele se măresc și pliurile corticale se întind. În locul celular atrofiat se formează o *placă neuritică sau senilă*; aceasta conține resturile de celule și amiloid, o substanță care se depozitează atunci când se întrerupe, metabolismul proteic. În urma neuronilor se acumulează filamente proteinice anormale (aglomerări neurofibrilare).

Hyman și colab. (1984) au descoperit că degenerarea celulară afectează, în special, *hipocampusul* (structură cerebrală implicată în stocarea informațiilor).

Au fost indicate mai multe cauze posibile ale bolii Alzheimer, dar nici una dintre ele nu a fost dovedită cu certitudine. Este dificil să se stabilească care dintre modificările observate este cauză și care este efect. Prognoza este rezervată, deteriorările evoluează, treptat, pe o perioadă de 10-12 ani.

Tratamentul acestei boli încearcă, în primul rând, să securizeze persoana și să-i ofere îngrijire și confort. În stadiile primare, este de preferat ca pacientul să fie îngrijit la domiciliu, alături de familia sa și de obiectele familiare. Sunt necesare unele „note”, care să-i amintească pacientului acțiuni elementare (de exemplu, „închide aragazul” sau „încuie ușa”). Simptomele din stadiile avansate constau în episoade delirante paranoide, agresivitate sau alte comportamente cărora familia pacientului le face față cu greu. Instituționalizarea nu este o decizie ușor de luat; consilierea este un suport excelent pentru pacient și cei din jurul lor (Zărit, 1980). Suportul practic și moral adresat la domiciliu celor afectați de boală a fost recunoscut ca fiind de maximă importanță, dar, din păcate, fondurile necesare nu sunt, întotdeauna, disponibile.

Cercetările actuale se îndreaptă către investigarea unei posibile componente genetice a bolii Alzheimer.

c) *Demența determinată de HIV*. Sindromul imuno-deficitar este o infecție virală care distruge imunitatea organismului. De asemenea, produce tulburări psihice, constând în lentoare, oboseală, scăderea capacității de concentrare, dificultăți de rezolvare a problemelor și de citire. Se întâlnesc des apariția și retragerea socială; mai puțin frecvente sunt crizele și psihozele. Este posibil ca, într-un anumit stadiu al bolii, apatia și retragerea socială să se datoreze percepției de către individ a deteriorării stării sale, dar și deteriorării fiziologice în sine. Consilierea celor afectați de SIDA încearcă să le combată descurajarea și deprimarea și, de asemenea, să-i ajute în legătură cu problemele cotidiene. *Nurnberg și colab.* (1984) a descoperit că pacienții cu SIDA au manifestat probleme legate de concentrare și memorie cu câteva luni înainte de declanșarea bolii.

d) *Tulburările datorate afecțiunilor sau leziunilor cerebrale*

d.1) *Leziunile cerebrale* pot fi cauzate de tumori, infecții (precum meningită), accidente sau traumatisme. Leziunile fizice se asociază disfuncționalităților individuale. Infecțiile vindecate și tumorile benigne sau care au fost îndepărtate determină, rareori, probleme psihologice reziduale. Studiile clinice în această sferă au furnizat dovezi cu privire la localizarea funcțiilor cerebrale. Spre deosebire de alte părți

ale corpului, creierului nu se poate regenera, astfel încât funcțiile, odată pierdute, nu mai pot fi recâștigate. Fac excepție de la această regulă copiii mici, sub 5 sau 6 ani, vârstă la care creierul este încă plastic, iar conexiunile substitutive se pot uita. Pacienții comatoși în urma unui accident, uneori timp de luni întregi, se pot restabili funcțional complet, chiar dacă treptat; cu cât pacientul este mai tânăr, cu atât restabilirea se face mai complet. O *comoție* (pierdere pe timp scurt a conștienței) sau o *contuzie* (lovire a țesutului neural, în urma căruia creierul suferă o comprimare pe osul cranian printr-un impact puternic și care poate determina intrarea în comă) pot produce modificări ale personalității doar în cazul producerii unei lacerării (sfârșirea sau străpungerea țesuturilor cerebrale). Cel mai cunoscut caz de acest fel este cel al lui Phineas Gage (sfârșitul secolului al XIX-lea), care, în timpul unor lucrări de excavare pentru construcția unei șosele, a fost străpuns, în partea stângă a craniului său, de o tijă de fier, care a ieșit prin partea superioară a craniului. El s-a restabilit, fără deficiențe senzoriale sau motorii dar personalitatea sa s-a modificat atât de radical, încât patronii nu au mai vrut să-l angajeze. (Unii s-au întrebat cum de mai dorea să fie angajat!).

d.2) *Alcoolul* produce leziuni cerebrale; cei afectați de *boala lui Wernicke* au leziuni la nivelul punții lui Varolli, cerebelului și corpurilor mamilari. Ei manifestă somnolență, confuzie și mers nesigur. Pacienții cu *psihoză Korsakoff* prezintă un tablou etiologic și simptomatologie similar, dar, în plus, au leziuni la nivelul talamusului și amnezie anterogradă (pierderea memoriei legată de evenimentele anterioare bolii sau traumatismului); ei prezintă, adeseori, *confabulație* („inventarea” amintirilor pentru a acoperi golurile de memorie).

Categoria 2. Tulburări determinate de consumul substanțelor psihoactive

Sindromul de dependență este un grup de fenomene fiziologice, comportamentale și cognitive, în care consumul unei substanțe constituie, pentru individ, o prioritate. Intervine toleranța la substanța respectivă, ceea ce necesită doze din ce în ce mai frecvente și mai

176 Diferențe interindividuale

mari. Persistența consumului substanței respective are consecințe fiziologice (de exemplu, consumul de alcool cauzează leziuni organice) sau sociale (pierderea serviciului, ca urmare a scăderii performanțelor sau stărilor depresive, datorate consumului de droguri). Privarea de substanța respectivă afectează starea fizică, ceea ce poate crește anxietatea, prin convulsii și delir (de exemplu, în cazul alcoolicilor: delirium tremens, caracterizat prin halucinații combinate cu stări de confuzie și tremur).

Derivații opiului, precum heroina, au o structură chimică asemănătoare unor substanțe cerebrale - **endorfinele**. Acestea au efect de calmare și reducere a durerii în situații normale. Consumul derivațiilor opiului determină scăderea ratei de producere a endorfinelor; ca urmare, în cazul abstenenței de la consumul de heroină, endorfinele fiind subproduse, se intensifică efectele durerii. De aceea, abstenența, la pacienții dependenți față de o substanță, trebuie supravegheată medical îndeaproape.

Categoria 3. Schizofrenia și tulburările delirante

a) *Schizofrenia*. Dacă schizofrenia reprezintă o singură entitate chimică sau mai multe este o problemă încă neelucidată, așa cum este și posibilitatea etiologiei organice a acestei tulburări.

Kraepelin a descris primul, în 1898, **dementia praecox**: o deteriorare intelectuală progresivă, care debutează de la vârste timpurii, caracterizată prin halucinații, iluzii, negativism (acțiuni opuse celor cerute), dificultăți de atenție, disfuncții emoționale și comportament stereotip. Nu toți pacienții schizofrenici manifestă toate aceste simptome; de fapt, nu există două cazuri identice (pentru exemple de simptome, consultație (v.fig. 5.2)). DSM III R conține probabilele arii de disturbantă, de la percepție, gândire, atenție, comportament motor, afectivitate, până la funcționarea generală a individului; nu există, însă, un simptom esențial, central, care să organizeze clasificarea. ICD 10 nu conține elemente exacte care ar

trebui incluse în diagnostic; această lipsă poate fi atribuită diferențelor mari de frecvență a acestui diagnostic între SUA și Marea Britanic

Durata tulburării este unul dintre criteriile de discriminare între schizofrenie și episoadele psihotice de scurtă durată (psihoze reactive) sau alte tulburări schizoide. Cooper și colab (1972) arăta că mulți pacienți cu diagnosticul de schizofrenie (stabilit pe baza DSM III R) sufereau, de fapt, de episoade psihotice - deci, factorul durată nu era luat în considerare la acea dată. În prezent, episoadele psihotice de scurtă durată sunt diagnosticate ca tulburări de personalitate.

Endicott și colab. (1982) a concluzionat că diagnosticul de schizofrenie depinde de sistemul diagnostic utilizat.

- *Schneider (1959)* a identificat o serie de simptome pe care le-a numit „de primă categorie”, considerându-se centrale pentru definirea schizofreniei; aceste simptome includ forme particulare de halucinații și delir. Ideea profană de personalitate „împărțită” (disociată) este incorectă, fiind o descriere mai potrivită personalității multiple (vezi Categoria 5) decât schizofreniei.

În ICD 10 sunt descrise 4 subtipuri de schizofrenie (față de cele 3 descrise de DSM III R). La un moment dat, s-a crezut că acestea au un caracter secvențial, în sensul că tulburarea poate progresa de la un „stadiu” la altul. Această idee a fost ulterior, infirmată. În prezent, există mai puține tendințe de clasificare a pacienților în una din aceste categorii.

a1) *Schizofrenia simplă* apare în adolescența târzie. Simptomele includ apatie accentuată, declinul performanțelor școlare sau profesionale, atragerea socială treptată (ceilalți îi pivesc ca leneși sau haimanale). Diagnosticul depinde de stabilirea evoluției graduale și a agravării acestor simptome (această categorie nu este inclusă în DSM III R).

a2) *Schizofrenia hebefrenică* (numită „dezorganizată” în DSM III R) este caracterizată prin manifestări halucinatorii și delirante, mai abundente și mai puțin direcționate decât în cazul schizofreniei paranoide. Comportamentul este instabil, uneori foarte violent; sunt adoptate și manifestări de tipul manierismelor și comportamentelor

rituale. Deprinderile de igienă personală și grija pentru propria aparență sunt uitate. Predominante sunt tulburările de gândire, percepție și atenție (v.fig.5.2). Debutază, în general, în jurul vârstei de 20 ani.

a3) **Schizofrenia catatonică** este reprezentată, în mod tipic, de manifestări motorii extreme. La o extremă se situează completa imobilitate pentru perioade lungi de timp, uneori în poziții bizare, pacientul fiind aparent neatent la ce se petrece în jur (totuși, mulți pacienți relatează ulterior evenimente petrecute în perioada lor de imobilitate). La cealaltă extremă, se regăsesc stări de excitație motorie maximă - pacientul aleargă sau merge „în sus și-n jos”, strigând sau vorbind foarte agitat. Între extreme se sitează și alte tulburări motorii: mișcări în valuri ale mâinilor sau degetelor; mișcări bizare, intermitente.

a4) **Schizofrenia paranoidă** se caracterizează prin prezența delirului. **Delirul de grandoare** constă în exagerarea propriei valori și puteri, fiind convins că este un mare personaj istoric (precum Napoleon sau Iisus) și că toată lumea conspiră pentru a-l ține prizonier. În **delirul de persecuție**, pacientul are impresia că toți ceilalți vorbesc despre el, frânturile de conversație prinse pe stradă se referă la persoana sa, ca și programele TV; toți încearcă să-l omoare.

Pacienții suferind de acest tip de schizofrenie sunt, în general, argumentativi, agitați și, uneori, violenți. Ei sunt mai alerți verbal și motric decât alte subcategorii de schizofreni, iar procesele lor de gândire, deși marcate de delir, sunt mai puțin fragmentate.

În paragraful 4.2. am prezentat punctele de vedere ale lui Laing și Szasz cu privire la existența și tratamentul schizofreniei.

Tulburări de percepție și gândire

~\.**Fuga de idei:** fluentă aparent lucidă a conversației pacientului, caracterizată, însă prin „alunecarea” de la o idee la alta, de la un concept la altul, fără o relație logică.

2. **Asociații sonore:** utilizarea fără sens a cuvintelor asemănătoare ca sonoritate.

3. **Interpretarea literară:** schizofrenul caută interpretări literare, de exemplu, caută „lumina de la capătul tunelului” sau începe o conversație legată de rapiditatea, a unui „flash”,

4. Lipsa de înțelegere [insight]: schizofrenul realizează foarte rar de ce comportamentele sale nu sunt acceptate și, în mod frecvent, nu înțelege de ce trebuie să fie spitalizat.

5. Delirul: credința că întreaga societate este împotriva sa. Deliruri comune: **delirul de grandoare** („Sunt Dumnezeu /Napoleon/regina”) sau **delirul de persecuție** (în paranoia: toți ceilalți încearcă să-l omoare sau să-i facă rău pe alte căi).

6. Halucinațiile: cel mai adesea auditive, sunt prezente la mulți schizofreni; „vocale” pe care le aud spun, adesea, lucruri insultătoare sau înspăimântătoare.

7. Controlul gândurilor, schizofrenii simt că propriile gânduri nu le mai aparțin. Au impresia că gândurile lor sunt controlate de ceilalți sau că le sunt transmise prin unde radio. Delirul poate fi atât de puternic, încât sunt convinși că au atașate de cap fire sau antene radio. Uneori, învinuiesc radio-ul sau televiziunea pentru acest control și încearcă să-l evite. Uneori, suferă de impresia inserării de sentimente și senzații și, mai puțin, de gânduri sau cuvinte.

Alte simptome tipice

Simptome afective: se poate spune că trăirea afectivă a schizofrenilor este „plata” - stimulii nu pot determina un răspuns emoțional adecvat sau pot determina răspunsuri neașteptate, de exemplu, râs la aflarea unor vești triste sau reacții agresive la o întrebare simplă, aparent neconflictuală.

Simptome motorii: reacții motorii bizare, de exemplu, mișcări în valuri ale mâinilor, imobilitate completă sau agitație motorie fără scop.

Fig.5.2. Exemple de simptome ale schizofreniei.

Categoria 4. Tulburări afective

a) Mania. Persoanele suferind de manie desfășoară o activitate entuziastă, cu planuri grandioase, cumpără lucruri pe care, de fapt, nu și le pot permite, sunt volubile, poartă conversații cu toată lumea și sunt foarte încrezătoare.

•b) Episoadele depressive singulare (numite „depresii reactive” în DSM III R). Pacientul se găsește într-o dispoziție depresivă, tristă, nu-i fac plăcere activitățile uzuale, are tulburări de somn (doarme agitat sau prea mult), nu are poftă de mâncare și energie. Acest tip de

depresie diferă de tulburările depresive recurente prin aceea că sunt urmarea unui eveniment etern, iar tristețea și tulburările de dispoziție afectivă au amplitudinea unei reacții normale (la un deces, de exemplu). Multe persoane sunt depresive pentru perioade scurte de timp (s-ar putea spune că anormal ar fi să nu existe aceste perioade depresive), iar revenirea la dispoziția normală nu presupune tratament. Perioadele de schimbări hormonale, ca adolescența și menopauza, produc, uneori, modificări emoționale, care pot include și episoade depresive.

c) **Tulburările depresive recurente** („depresie endogenă” în DSM III R) nu au o cauză cunoscută. Pacientul prezintă accese repetate de depresie; unele pot fi urmarea unor evenimente exterioare aparent minore, altele nu. Simptomele constau în tristețe profundă, dispoziție depresivă, apetit scăzut, tulburări de somn, lipsă de energie, lipsa plăcerii și interesului pentru orice activitate, dificultăți de concentrare sau de luare a deciziilor, gânduri repetate legate de suicid sau moarte.

d) **Tulburarea maniaco-depresivă** se manifestă prin prezența ambelor stări extreme: mania și depresia. Este o tulburare dificil de tratat, dacă se tratează starea depresivă prin chimioterapie, este posibil ca pacientul să intre într-o fază maniacală acută; și, invers, tratarea stării maniacale poate determina alunecarea pacientului într-o depresie adâncă. Acestea sunt cunoscute ca oscilații bipolare.

Categoria 5. Tulburări nevrotice legate de stress

a) **Fobia** este o teamă irațională față de un obiect sau o situație. Cea mai frecventă tulburare de acest gen este **arahnofobia** (teama de păianjeni). Alte fobii des întâlnite includ **agorafobia** (teama de spații publice sau teama de a părăsi mediul considerat ca sigur) și **fobia socială** (teama de întâlnire cu alți oameni - aceasta este, uneori, confundată cu agorafobia, deoarece, în ambele cazuri, se întâlnește teama de a ieși din casă). Teamă de șerpi, este o altă fobie comună, ca și claustrofobia (teama de spații închise), telepafobia (teama de a arde de vii) și acrofobia (teama de înălțime).

Fobiile sunt foarte frecvente, dar oamenii nu le pot ține sub control, preferând să evite situațiile respective. Dacă ți-e teamă de șerpi și trăiești la oraș, nu sunt probleme, dar dacă ți-e teamă de înălțime - aceasta poate fi o adevărată problemă.

Agras și colab. (1969) au descoperit că mai puțin de 1% dintre fobiei încearcă să-și trateze problema; tratamentul este necesar atunci când individul trebuie să-și organizeze viața în jurul fobiei sale. Fobicii își dau seama de iraționalitatea fricii lor.

Teoreticienii de orientare behavioristă consideră că fobiile se originează într-o învățare greșită, determinată de o condiționare clasică (având la bază o asociație prin continuitate: obiectul fricii a fost prezent în același moment cu o teamă reală sau cu o pedeapsă) sau de o condiționare operantă (întărirea fricii față de un obiect, mai ales în copilărie). (Aceste probleme au fost discutate în capitolul 4, în legătură cu modelul behaviorist). Freud și alți teoreticieni de orientare psihodinamică sugerează că fobiile sunt o apărare împotriva anxietății produse prin reprimarea impulsurilor id-ului (vezi capitolul 3).

b) *Tulburările obsesiv-compulsive*. Obsesiile reprezintă gânduri sau idei recurente care domină conștientul unei persoane, fără voia acesteia. Compulsia este nevoia de a desfășura o acțiune sau o mișcare stereotipă, pentru a evita o situație care provoacă teamă. Dacă individul încearcă să reziste compulsiei, intervin stări de anxietate și tensiune.

c) *Tulburările somatoforme* (tipul conversiv al nevrozelor isterice după DSM III R) implică înlocuirea problemei reale cu o problemă acceptabilă. Cazul clasic de tulburare somatoformă a fost descris de Freud - este cazul Annei O. care, neputând să accepte resentimentele cu care îl îngrijea pe tatăl său invalid, a dezvoltat o „paralizie” a brațului, în legătură cu care nu au fost identificate cauze fizice.

d) *Personalitatea multiplă* este clasificată, în ICD 10, ca un tip disociativ al nevrozei isterice, iar în DSM III R ca o tulburare disociativă. Individul cu o tulburare de acest tip prezintă, în același timp, două sau mai multe personalități distincte. Uneori, aceste personalități nu sunt conștiente unele de altele, alteleori, există o

182 Diferențe interindividuale

personalitate centrală, conștientă de unele dintre celelalte personalități sau de toate celelalte.

Unul dintre cele mai interesante cazuri cunoscute este cel al lui Sybil, care avea 16 personalități diferite (Rheta Shreiber, 1973). Răspunsurile autonome înregistrate, de tipul ritmului cardiac, tensiunii arteriale, răspunsurilor galvanice ale pielii, au fost foarte diferite pentru fiecare personalitate. Cazurile de personalitate multiplă sunt rare.

Teoria psihanalitică consideră personalitatea multiplă ca un rezultat al reprimării dorințelor sexuale infantile; Bliss (1980) considera că acest tip de tulburare se structurează în copilărie prin autohipnoză. Teoreticienii behavioriști consideră personalitatea multiplă ca pe o modalitate de evitare a pedepsei sau de autoprotecție în fața evenimentelor extrem de stresante. Pierderea memoriei selective poate fi atribuită dependenței dintre individ și dispoziție (ceea ce înveți când este vesel, îți vei aminti mai ales în momentele de veselie).

Datorită rarității lor, tulburările disociative sunt printre cele mai puțin înțelese și studiate sindroame clinice.

e) *Tulburările determinate de stress-ul post-traumatic* reprezintă un răspuns amânat și/sau prelungit la un eveniment sau la o situație stresantă, în care persoana a fost implicată ca martor sau participant (de exemplu, cutremur, accident grav, război, moartea violentă a celor din jur, tortură, crimă, viol). Simptomele includ retrăirea repetată a evenimentului („flashbacks”), tocirea emoțională, detașarea față de cei din jur, teama față de situațiile asociate traumei și evitarea acestora. Anxietatea și depresia se asociază, în mod frecvent, tulburărilor post-traumatice.

Paton (1990) a încercat să identifice aceste simptome la două grupe de persoane care au ajutat în urma cutremurului din Armenia: pompieri și voluntari (fără experiență legată de dezastru). La voluntari s-a înregistrat un nivel scăzut al stress-ului post-traumatic, în legătură cu toate simptomele specifice. Paton sugerează că această diferență se

datorează expectanțelor înalte al profesioniștilor privind capacitatea lor de a ajuta și de a salva vieți, ca și dezamăgirii provocate de incapacitatea de a îndeplini aceste expectanțe.

Recent, aceste simptome au fost identificate și în cazul unor indivizi care nu fuseseră implicați în evenimente de genul catastrofelor. Indivizii muștrați sever la locul de muncă pot manifesta un nivel de anxietate, flashback și comportamente de evitare similare stress-ului din urma catastrofelor (*Stradling și Scott, 1992*, studiu nepublicat).

Categoria 6. Tulburări de comportament asociate cu probleme fizice

a) *Anorexia nervoasă* are ca simptome principale: pierderi grave de greutate, teama intensă de obezitate și refuzul alimentării (pentru a nu câștiga în greutate). Problema se manifestă în perioada adolescenței și este de 20 ori mai frecventă la fete decât la băieți. Neregularitatea menstruației și pierderile în greutate au indicat teoreticienilor un refuz, din partea fetelor anorexice, de a crește. O altă cauză a anorexiei poate fi conflictul familial; conflictul este reflectat, proiectat în manifestările anorexice. Teoreticienii behavioriști consideră că tinerele încearcă să urmeze modele de suplețe valorizate de societatea actuală. Teoreticienii psihanalisti, care echivalează hrana cu sexualitatea, sugerează că refuzul hranei este, în realitate, o respingere a sexualității. Anorexicii au, în general, un CI înalt, sunt perfecționști, conștiincioși, cu comportamente acceptate social și provin, în general, din familii cu o situație bună.

În cazurile severe, anorexicii sunt internați și hrăniți intravenos; există un procent de anorexiei care decedează. Terapia de orientare behavioristă recomandă un regim de izolare, urmat de companie în timpul meselor. Dacă pacientul se hrănește, este recompensat prin compania asistenței sau prin acces la radio, TV, muzică. Terapia de

familie include, în tratament, „masa în familie”, când mamei și tatălui li se cere să-și unească eforturile pentru a-l convinge pe pacient să mănânce (Minuchin și colab., 1975); dacă anorexia a fost provocată de un conflict în familie; demonstrarea unității acesteia poate contribui la rezolvarea problemei.

b) *Bulimia* este recunoscută, astăzi, ca o tulburare separată de anorexia nervoasă. Bulimicul manifestă rar pierderi în greutate, niciodată atât de grave încât să-i amenințe viața, ca în cazul anorexiciului, dar teama lui de obezitate este la fel de mare. Viața bulimicului este o serie de „ospete”, urmate de provocarea vomei; el se simte, deseori, dezgustat și neajutorat în timpul „ospetelor” sale. Bulimicul este conștient de anormalitatea comportamentului său și încearcă să-l ascundă de ceilalți. Provocarea repetată a vomei are consecințe fiziologice, precum leziunile intestinale sau deficiențele nutriționale. Au fost încercate, în cazul bulimiei, diferite terapii și medicamente antidepresive, cu relativ succes, dar nu a fost descoperit, încă, un tratament eficient cu adevărat.

c) *Tulburările puerperale*. Depresia post-natală este o reacție anormală la un eveniment considerat, în general, fericit: nașterea unui copil. Mama simte că nu poate face față situației, iar în cazurile severe poate comite suicid sau infanticid. Cauzele sunt biochimice sau sociale. Se recunosc, pentru aceste tulburări, două niveluri: ușor (depresie post-natală) și sever (psihoză puerperală). Din primele 6 săptămâni de viață ale copilului, mama este deprimată și nu se poate relaționa cu propriul copil. În cazurile severe ea ignoră copilul sau se teme să nu facă rău, ei sau copilului. Datorită pericolului de suicid sau infanticid, este necesar un tratament prompt. Dacă administrarea de antidepresive nu este eficientă, poate fi folosită terapia electroconvulsivă (vezi capitolul 6). Mama și copilul sunt ținuti împreună cât mai mult timp, în instituții speciale, în care se desfășoară un tratament.

Categoria 7. Tulburări de personalitate

Explicațiile bazate pe diferite abordări ale personalității (tratate în capitolul 2) descriu aceste tulburări ca modele comportamentale de lungă durată, inflexibile și dezadaptative. DSM III R, descrie 11 tulburări specifice, ICD 10 doar cinci astfel de tulburări. În aceste tulburări, individul nu pierde contactul cu realitatea, iar comportamentele sunt integrate stilului său de viață, ceea ce face tratamentul dificil.

a) *Personalitatea dissocială* (numită persoanlitate psihopatică sau sociopatică în DSM III R) se relevă în jurul vârstei de 15 ani, prin absenteism școlar, vandalism sau delinvență. La vârsta adultă, individul nu este interesat să aibă o meserie sau un loc de muncă, nici să se mențină în limitele legii sau să reacționeze responsabil față de familie sau parteneri. Mulți psihopați au slujbe mărunte, dar extind exemplele imorale la locul de muncă. Deseori, sunt suficient de deștepți pentru a

- evita să fie prinși, în cazul unor delikte.

Cleckley (1976), printre caracteristicile psihopaților, includea și: forma personal, absența anxietății, gânduri iraționale sau alte simptome nevrotice; lipsa remușcărilor sau a sentimentelor de vină, infidelitate, nesinceritate, incapacitate de înțelegere, egocentrism patologic, direct legat de incapacitatea de dragoste și atașament.

Hare (1980) remarcă lipsa empatiei și indiferența pentru ceilalți, printre caracteristicile tipice ale psihopaților. *Robins* (1966) susține că unii psihopați provin din familii cu carențe educative (inconsecvența sau absența disciplinei) și că, în copilărie, li s-a recomandat frecvent consilierea psihologică în urma săvârșirii unor acte antisociale. *Studiile retrospective* (interesate de trecutul unei persoane identificată ca aparținând unui tip patologic) sunt lipsite de comparația cu loturi de control, ca și de investigații asupra fraților nepsihopați; există și un număr de psihopați nediagnosticați, deci neincluși în datele de cercetare.

b) *Personalitatea schizoidă* este caracterizată de însingurare, lipsa de prieteni, indiferență la recompensă și critică. Persoanele cu o astfel de personalitate au iluzii repetate și gânduri „magice” (de

exemplu, își închipuie că sunt telepați). Spitzer și colab. (1979) sugerează că acest tip de personalitate ar fi o formă ușoară a schizofreniei. Poate fi asociată cu o virtuală predispoziție genetică către schizofrenie.

c) **Personalitatea narcisică** are un simț extrem al propriei importanțe, cere atenție constantă din partea celorlalți, are fantezii despre mari succese și le exagerează pe cele modeste; are tendința de a-i exploata pe ceilalți.

d) **Personalitatea paranoică** caracterizează persoanele suspicioase, care se așteaptă întotdeauna să fie prost tratate și discutate de cei din jur. Sunt argumentative, suprasenzitive și-i învinuiesc pe ceilalți pentru propriile greșeli. Sunt extrem de geloase, în special față de partenerul sexual, făcând dificilă menținerea unor relații apropiate.

Categoria 8. Dificultăți de învățare (Retardarea)

Introducere

A fost foarte dificilă găsirea unei denumiri pentru această categorie, fără a ofensa pe cineva. Terminologia handicapului mintal tinde să se modifice periodic, pe măsură ce termenilor utilizați li se asociază semnificații peiorative. De-a lungul istoriei, cei considerați a fi sub nivelul normal erau considerați „idioți” sau „imbecili”, fără a acorda atenție potențialului lor real. Când acești termeni nu au mai fost acceptați de societate, au fost substituiți cu cei de „subnormal” și „subnormal sever”. Ulterior, și acești termeni au fost înlocuiți cu „handicapat mintal”, care părea să implice același stigmat. Recent, s-a format un curent de opinie care încearcă să impună termenul „persoane cu dificultăți de învățare”. Câtă acuratețe are acest termen descriptiv pentru toate formele de handicap mintal este o problemă discutabilă. Este necesară, însă, o acceptare cât mai largă a ideii că oamenii nu au toți aceleași capacități intelectuale și funcționale, altfel, oricărui termen folosit pentru această categorie i se va atașa în timp, o semnificație stigmatizantă.

Vom încerca să conturăm o paralelă handicap mintal-handicap fizic. Este, oare, termenul de „paralizat cerebral” preferabil celui de „spastic”. Poate dumneavoastră credeți că da, dar cei care suferă de această deficiență s-ar putea să creadă contrariul. Christopher Noian, care suferă de paralizie cerebrală, în lucrarea sa „*Sub privirea ceasului (Under the Eye of the Clock)*”, se referă la sine ca la un „invalid”. Un profesor american comenta cândva: „Am făcut lucruri oribile indienilor americani, dar cel mai rău este că i-am numit indieni americani!” Acest lucru s-ar putea aplica și handicapului mintal și, de aceea, se încearcă oprirea utilizării acestei terminologii. S-ar putea ca cei afectați de handicapul mintal să nu dorească folosirea acestei terminologii alese de alții pentru ei.

Handicapul mintal nu poate fi descris ca un sindrom global - el include mai multe tipuri de probleme. Unele au o etiologie genetică, altele biochimică; toate pot fi grevate de carențele sociale, dar și ameliorate printr-o tratare adecvată.

În această prezentare, vom da câteva exemple, dar nu avem spațiul necesar pentru a acoperi toate formele incluse în această categorie.

Atât în ICD 10, cât și în DSM III R sunt descrise **patru niveluri ale retardării mintale**: retardarea mintală *ușoară* (CI: 50-70), retardarea mintală ***moderată*** (CI: 35-49), retardarea mintală *severă* (CI: 20-34) și retardarea mintală profundă (CI sub 20). Ultimul nivel include și disfuncții fiziologice grave, datorită cărora rata mortalității infantile este foarte ridicată. (Cititorul își poate aminti discuția cu privire la utilizarea controversată a testelor de inteligență, din capitolul 1). Asociația Americană pentru deficiența mintală sugerează să nu se mai aplice criteriul coeficientului de inteligență (CI), ci criteriul funcționării adaptative a individului. Cu alte cuvinte, modul în care individul se adaptează și funcționează în lumea reală este mai important decât scorul obținut la testele de inteligență.

În Marea Britanie, toți copiii, până la vârsta de 18 ani, indiferent dacă sunt sau nu retardați, au dreptul la educație. După 18 ani, nu există garanții pentru profesionalizare, angajare în muncă sau

188 Diferențe interindividuale

educație superioară, dar măsurile educaționale necesare indivizilor retardați sunt prelungite și după această vârstă.. Indivizilor retardați nu li se impune un plafon de vârstă pentru școlarizare; cazul adulților handicapați care învață să citească după 30 ani este destul de frecvent.

Formele de handicap mintal pe care le vom descrie sunt clasificate în funcție de cauzele lor presupuse: factorii genetici, bolile infecțioase și factorii de mediu.

Factorii genetici

a) **Sindromul Down.** Probabil cel mai ușor de identificat și cel mai cunoscut, acest sindrom acoperă o gamă largă de niveluri de abilitate. Din punct de vedere fizic, indivizii sunt ușor de recunoscut prin statura scundă, robustețe (uneori sunt supraponderali), figura rotundă, pleoapele grele și ochii cu o conformație specific asiatică (de unde și denumirea „mongoloizi” - deși nu au nici o legătură cu locuitorii Mongoliei!) Unii dintre ei au limba supradimensionată, care iese în afară, determinând scurgerea salivei. Degetele sunt scurte la cei mai mulți. De asemenea, prezintă frecvent complicații respiratorii și cardiace, mai ales la vârstele mai mari. Indivizii cu Sindrom Down nu sunt longevivi; vârsta maximă este de aproximativ 40 de ani.

Sindromul Down. este caracterizat printr-o anomalie cromozomială. Majoritatea oamenilor au 46 cromozomi, 23 de la fiecare părinte. Cei afectați de Sindromul Down au 47 cromozomi - 3 cromozomi 21, în loc de 2 - de unde și denumirea de **Trisomia 21**. În unele cazuri sunt afectate toate celulele corpului, în altele numai o parte. Este dificil de spus dacă gradul deficienței mintale este direct legat de această afectare celulară sau de susceptibilitatea individului la influențele sociale ale mediului; el poate fi limitat și de problemele fizice care intervin. Aproape toți indivizii cu acest sindrom înțeleg bine vorbirea, dar capacitatea lor de comunicare variază (având în vedere și dimensiunile anormale ale limbii).

Cauza Sindromului Down nu a fost, încă, stabilită cu certitudine: statistic, se pare că afectează, în general, copiii mamelor

mai vârstnice (peste 35 ani). S-a sugerat, la un moment dat, că Sindromul Down ar fi determinat de o infecție virală transmisă de la bunică pe linie maternă; ovulele rămân într-o stare în care diviziunea este suspendată, de la stadiul fetal până la momentul maturizării, după pubertate. O explicație alternativă ar fi aceea că, cu cât ovulele sunt depozitate, timp mai îndelungat, cu atât riscul de afectare este mai mare. Aceasta ar explica de ce copii cu Sindrom Down provin mai ales de la mame peste 35 ani. În 1993, mamele cu vârste de peste 35 ani au deținut doar 13% din totalul nașterilor, dar, dintre acestea, peste 50% au născut copii cu Trisomie 21. Bărbații, după pubertate, formează celule spermatice zilnic, dar cercetările (Magenis și colab. 1977) arată că în peste 25% dintre cazurile de sindrom Down extracromozomul a fost purtat de tată. Și în această situație este implicată vârsta înaintată a părintelui.

Trisomia 21 poate fi identificată timpuriu în cursul sarcinii, prin examinarea lichidului amniotic, care înconjoară fetusul. Recent, a fost pus la punct un nou test de sânge, mai simplu și mai ieftin, adecvat tuturor femeilor gravide și numai celor peste 35 ani). Acesta previne riscul avortului spontan; pus în evidență prin amniocenteză. În cazul identificării Sindromului Down din perioada sarcinii, mamele din Marea Britanie au dreptul să aleagă sau nu avortul.

b) *Fenilketonuria (Phenylketonuria, PKU)* este o boală relativ rară (aproximativ un caz la 14 000 de nașteri), deși se estimează că una din 70 de persoane poartă gena recesivă responsabilă. Când o pereche de gene recesive deficiente acționează asupra formării unei enzime, procesul metabolic este întrerupt. Copilul, născut cu capacități intelectuale normale, suferă de o deficiență a fenilalaninei; ca urmare, se formează și se acumulează în organism derivatul acestei enzime, acidul fenilpiruvic. Acesta împiedică mielinizarea axonilor, afectând, în special, neuronii din lobul frontal. Retardarea mintală este profundă, dar nu există semne fizice. Din fericire, această anormalitate biochimică este ușor detectabilă prin testele de sânge prevăzute, în mod obișnuit, pentru copii născuți de câteva zile. Dacă testul este pozitiv, copilului i se prescrie un regim alimentar special, până la vârsta de 6-7 ani, când mielinizarea este relativ completă. Astfel, sunt

minimalizate sau chiar îndepărtate posibilele leziuni ale sistemului nervos central.

Bolile infecțioase

O boală infecțioasă a viitoarei mame poate afecta fătul „în utero”; primele 3 luni de dezvoltare fetală sunt foarte importante pentru formarea normală a creierului și a sistemului nervos în general. Boli precum rujeola, sifilisul (boală venetică, transmisibilă pe cale sexuală), herpes simplex (virus care cauzează puncte dureroase la nivelul pielii, dar și probleme mai serioase în alte părți ale corpului) pot determina fătului anormalități mintale și fizice.

După naștere, unele boli infecțioase pot afecta dezvoltarea cerebrală, determinând retardare mintală; de exemplu, meningita (inflamarea meningelui - una dintre membranele care acoperă și protejează creierul), la copilul mic, poate cauza retardare ușoară sau severă, uneori chiar moartea. Aceste boli au o influență mai puțin gravă la vârste peste 6 ani, când creierul este deja format.

Factorii de mediu

A) **Perioada prenatală.** în mediul prenatal, cele mai mari riscuri provin de la substanțele ingerate de mamă. De exemplu:

1) *Alcoolul*, ingerat mai ales în timpul primelor 3 luni de sarcină, a fost asociat cu sindromul alcoolic fetal (fetal alcohol syndrome, FAS). Acesta se caracterizează prin microcefalie, nas plat și bază superioară retrasă, statură scundă și retardare mintală de un anumit grad (în funcție de cantitatea de alcool consumată de mamă).

2) S-a descoperit recent că **fumatul** afectează dezvoltarea mintală a fătului; se poate că există și implicații ale fumatului pasiv și, de aceea, se recomandă ca părinții care așteaptă un copil să renunțe la fumat.

3) Medicamentele luate în timpul sarcinii (prescrise sau nu de medic) se transmit fătului. Sunt bine cunoscute, efectele fizice ale thalidomidei, administrată mamei gravide contra grețurilor de

dimineată. Nu toate medicamentele luate de mamă în timpul sarcinii sunt legate de apariția unor anormalități mintale la copii, dar, cu siguranță, cele mai multe pot crea probleme (mai mari sau mai mici). De exemplu, în urma consumului de heroină de către mamă, în timpul sarcinii, copii se nasc cu tendințe clare către acest drog.

B) Copilăria timpurie. Leziunile creierului și sistemului nervos, încă în formare, pot avea efecte permanente. Cauzele pot fi următoarele:

1) **Poluanții** din mediu, ca mercurul sau plumbul. Mercurul, de exemplu, se poate transmite prin peștele afectat. Otrăvirea cu plumb se poate produce prin mestecarea sau sugerea obiectelor acoperite cu vopsea de plumb; în trecut se putea produce prin jucării precum „soldățeii” de plumb. Plumbul cauzează leziuni renale și cerebrale. În prezent, vopseaua pe bază de plumb este interzisă, dar poate exista, încă, în case vechi sau pe mobilă veche. „Soldățeii” de plumb sunt, astăzi, doar obiecte de colecție. Nici conductele de apă făcute din plumb nu mai sunt folosite, dar pot fi încă întâlnite în clădirile vechi.

2) **Accidentele.** Acestea pot implica traumatisme cerebrale care, mai ales la copiii mici, au efecte permanente. Legislativ, s-a încercat scăderea riscului de accidente rutiere prin purtarea centurii de siguranță și folosirea scaunelor speciale pentru copii. Căderile sau loviturile pot produce, de asemenea, leziuni cerebrale.

3) **Traumatismele din timpul nașterii.** Ne referim atât la traumatismele fizice, cât și la anoxie (lipsa de oxigen), care se pot produce în timpul nașterii. Acestea pot cauza retardare mentală de un anumit grad. Trăvialul prelungit poate determina anoxia; de asemenea, pot fi afectate placenta sau cordonul ombilical, înaintea sau în timpul nașterii. Se obișnuiește injectarea vitaminei K la nou-născuți, pentru a scădea sau opri sângerarea capilarelor cerebrale (afecțiunea hemoragică a nou-născutului), fiind și aceasta printre cauzele retardării mintale. Unele studii recente au sugerat, însă, că aceste injecții se asociază predispoziției pentru cancer, în copilărie, recomandându-se administrarea orală a vitaminei K.

Categoria 9. Tulburări de dezvoltare psihologică

Autismul

Mulți copii handicapați mintal sunt foarte ușor de recunoscut (de exemplu, copii cu Sindrom Down), dar cei mai mulți copii autiști nu prezintă anormalități fizice vizibile. De aceea, oamenii consideră copiii autiști ca fiind normali sau chiar superiori ca inteligență, mai ales că unii manifestă aptitudini excepționale într-o anumită direcție (de exemplu, aptitudini muzicale). Aceste anomalii au creat discuții asupra întrebării: autismul poate fi privit ca o formă de retardare mintală sau ca o boală psihică? Cercetările recente au relevat că 80% dintre copiii diagnosticați ca autiști au obținut scoruri sub 70 la testele de inteligență. Însă, scorurile obținute de acești copii nu sunt întotdeauna scăzute; unele se situează la nivelul mediei sau peste medie, în special la probele spațial-vizuale, în timp ce scorurile sub medie se înregistrează la testele verbale (De Myer, 1975; Rutter și Lockyer, 1967). Validitatea utilizării testelor de inteligență pentru evaluarea autiștilor a fost pusă la îndoială, deoarece este dificil să li se rețină atenția asupra sarcinilor de rezolvat. De asemenea, ei nu au aceeași experiență socială și culturală ca ceilalți copii.

Autismul a fost descris pentru prima dată, ca sindrom de către Kanner, în 1943. Caracteristicile principale enumerate de acest autor au fost: „însingurarea autistă maximă”, incapacitatea de relaționare, limitările severe ale limbajului, dorința obsesivă ca toate lucrurile din jur să păstreze aceeași ordine. În plus, Rutter, în 1966, nota activitățile rituale și compulsive. Autismul debutează înainte de vârsta de doi ani și jumătate, el afectează de patru ori mai mulți băieți decât fete (aproximativ 5 din 10 000 de copii sunt autiști) și este distribuit în toate grupurile socio-economice, rasiale și etnice. Copiii autiști care învață să vorbească folosesc foarte rar vorbirea; cea mai frecvent utilizată este *vorbirea ecolalică* (repetarea întrebării sau afirmației interlocutorului). Cuvintele sunt reproduse fără o înțelegere aparentă,

rară a avea efecte de comunicare (ceea ce, pentru majoritatea copiilor, reprezintă scopul vorbirii).

Proгноza pentru adulții autiști nu este încurajatoare; unii pot lucra în medii fără cerințe deosebite, dar cei mai mulți se retrag în singurătatea autoimpusă, ducând o viață solitară, alături de familie sau în instituții speciale.

Autismul nu a fost acceptat în clasificările oficiale până la publicarea DSM III R, în 1980.. Până în acel moment, copiii autiști erau diagnosticați ca schizofreni, deoarece simptomele manifestate concordă, parțial, cu cele ale schizofrenilor adulți. Totuși, nu acesta este motivul pentru care autiștii s-au retras din lume ca schizofrenii, pentru că, de fapt, ei nici nu au intrat în lume.

Tratamentul presupune tehnici de condiționare operantă și modelare (vezi capitolul 6). Se utilizează, de asemenea, medicamentul fenfluramină pentru reducerea serotoninei, ceea ce poate diminua înșingurarea și comportamentele stereotipe ritualizate.

Categoria 10. Tulburări specifice copilăriei și adolescenței

Introducere

Această categorie cuprinde un grup de tulburări aparent distincte, cele mai multe cu etiologie necunoscută. Factorul comun este apariția lor în perioada copilăriei și adolescenței.

a.) *Sindromul Tourette*. Numit după medicul francez care l-a descris prima dată, acest sindrom implică mișcări involuntare repetate (ticuri), ca și rostirea sau strigarea unor fraze scurte sau a unor cuvinte, de cele mai multe ori primitive, nepoliticoase (uneori chiar insulte). Cauza acestui sindrom nu a fost identificată, dar s-a descoperit că ticurile se pot exacerba în condiții de stress și dispar în somn. Desigur că a trecut mai mult timp până când Sindromul Tourette a fost recunoscut clinic, cazurile fiind foarte rare. Sacks (1985) descrie un studiu de caz de acest gen.

b) Tulburările de alimentație sunt foarte comune în copilărie, în forma cea mai ușoară; copilul manifestă capricii alimentare și refuzul mâncării, mai ales de la persoanele cele mai apropiate. Diagnosticul de tulburare de alimentație se stabilește numai în cazul în care refuzul mâncării se situează peste media normală a acestui comportament sau în care copilul nu reușește (sau refuză) să câștige în greutate, într-o perioadă de supraveghere. Se pot manifesta repetate regurgități, fără apariția greții.

Acest sindrom a fost identificat și tratat și la copiii mai mici de 9 luni (Lang și Melamed, 1969) (v. fig.6.2).

Autoevaluare

1. a) Descrieți câteva comportamente tipice asociate schizofreniei,
b) Explicați de ce schizofrenii nu manifestă, toți, aceleași comportamente.
2. Descrieți o formă de handicap mintal.
3. Care sunt perspectivele actuale asupra handicapului mintal și cum se manifestă ele?
4. Care este diferența între episoadele depresive singulare și tulburarea depresivă recurentă?

5.3. POSIBILELE CAUZE ALE TULBURĂRILOR PSIHICE

Dacă un schior cade și-și rupe un picior, doctorul poate identifica cauza ruperii: căderea. Se pot lua măsuri de prevenire a căzăturii: să.fii atent sau chiar să nu schiezi de loc. Desigur că nu toate bolile somatice au o explicație cauză-efect atât de simplă; dar cauzele tulburărilor psihice sunt, de cele mai multe ori, cu mult mai greu de identificat.

În cele trei subsecțiuni de mai jos, vom discuta sferile majore de cercetare a cauzelor tulburărilor psihice și anume: factorii

genetici, factorii de mediu și factorii neurochimici/neurologici. Aceste sfere nu sunt exclusive. Ele interacționează și se pot suprapune. Vă reamintim că etiologia handicapului mintal a fost prezentată în a doua parte (categoria 8) a acestui capitol.

Factorii genetici

Unele boli psihice pot fi determinate de o ***predispoziție genetică***, ca și unele boli somatice, ca diabetul, care se manifestă doar în momentul în care intervine un eveniment precipitant (de exemplu, o infecție virală).

La fel se întâmplă și în cazul bolilor psihice - de exemplu, o femeie cu predispoziție genetică pentru depresie va manifesta acest sindrom în urma nașterii unui copil (evenimentul precipitant) - sindrom de depresiei post-natală.

Este posibil să existe o legătură între gene și unele boli psihice care nu au fost încă identificate. S-a sugerat faptul că boala Alzheimer (boală degenerativă a creierului, despre care s-a crezut că afectează doar vârstnicii, dar care s-a manifestat și la adulți de 40 ani) ar debuta datorită unei aberații cromozomiale.

Studiile asupra gemenilor și asupra familiei au evidențiat legături genetice puternice în unele tipuri de tulburări psihice.

Allen (1976) a urmărit incidența depresiei printre gemeni. La gemenii monoziгоți (proveniți dintr-un singur ovul), când unul dintre ei a fost diagnosticat ca depresiv, în 40% din cazuri și celălalt geamăn suferea de depresie deci, 40% concordanță. La gemenii dizigoți (proveniți din două ovule) concordanța a fost de numai 1 %, ceea ce reprezintă o diferență considerabilă. Aceste date indică faptul că, concordanța este mult mai ridicată în cazul unei structuri genetice identice (monoziгоți), față de dizigoți, care împărtășesc doar 50% din structura genetică.

Nu a fost încă identificat un defect cromozomial răspunzător pentru depresie. O serie de cercetări s-au desfășurat asupra comunității Amish din SUA, în care membrii acesteia se căsătoresc doar între ei;

196 Diferențe interindividuale

aceasta face ca fondul comun genetic să fie foarte restrâns. *Egeland și colab. (1987)* au identificat, în cursul acestei cercetări, un marcator genetic la cromozomul 11, care poate fi implicat în tulburarea maniaco-depresivă.

Alte studii au identificat, însă alți cromozomi ca fiind implicați în depresie, deci e posibil ca adevărata cauză să nu fie un defect cromozomial. De fapt, s-ar putea ca fiecare formă de depresie să aibă origini genetice diferite sau să nu aibă origini genetice.

În mod similar, este greșit să privim schizofrenia ca o tulburare omogenă; poate fi, în realitate, un grup de tulburări cu origini distincte.

Gottesman și Shields (1982) au studiat gemenii la care era prezentă schizofrenia, a descoperit o concordanță de 45% la monoziagoți și de 14% la dizigoți.

Kety și colab. (1968, 1975) remarcă faptul că incidența schizofreniei, în populația generală, este 1%, dar, dacă unul sau ambii părinți sunt schizofrenici, 40%, dintre copii sunt diagnosticați ca schizofrenici, dacă locuiesc cu părinții. Dar, arată Kety, această concordanță scade la 3% dacă copiii sunt adoptați. Aceasta poate indica influența puternică a mediului în medierea componentei genetice.

Factorii de mediu

Așa cum, am arătat, chiar în cazul unei predispoziții genetice pentru o boală psihică (precum depresia sau schizofrenia), influența mediului joacă un rol important. Dacă, de exemplu, în transmiterea și manifestarea bolilor psihice ar fi implicată doar structura genetică, studiile asupra gemenilor ar trebui să indice o concordanță 100%. Din moment ce nu este așa, este evident că intervine influența mediului sau alți factori. În continuare, vom prezenta câteva din teoriile care evidențiază influența mediului în manifestarea tulburărilor psihice.

Teoria asupra familiei a fost una dintre primele teorii legate de cauzele schizofreniei. Se consideră că familia tratează pe unul dintre

membrii săi într-o manieră atât de bizară, încât acesta este direcționat forțat către gânduri iraționale¹ și comportamente ciudate, devenind schizofren. S-a crezut că mama joacă un rol major, termenul, *mamă schizofrenogenă* descriind-o ca un promotor al acestei situații. Deși au fost puse în evidență dezordini de comunicare și relaționări deformate în unele familii cu un membru schizofren, cercetările nu oferă un suport suficient acestei teorii. (Un exemplu de relaționare deformată este cel în care mama nu arată afecțiune sau nu dorește să fie îmbrățișată de copil, dar acuză copilul că nu o iubește dacă nu-i arată afecțiunea lui).

Importanța atitudinii familiei față de un membru schizofren este clarificată de studiul lui Brown (1966), care arată că atitudinea familiei de exprimare a suportului și afecțiunii are un efect profund - poate hotărî dacă schizofrenul se va decompensa și se va întoarce în spital sau nu.

Ipoteza sociogenică sugerează că schizofrenia este prevalentă în grupurile cu un nivel socio-economic scăzut. Hollingshead și Redlich (1958) au desfășurat un studiu longitudinal, pe durata a 10 ani, în Connecticut (SUA) și au descoperit că rata schizofreniei era de două ori mai ridicată în grupurile cu cel mai scăzut nivel socio-economic, față de grupurile cu nivel socio-economic imediat superior. Kohn (1968) arată că această concluzie este susținută de studii desfășurate în Danemarca, Norvegia și Anglia. În termeni cauzali, aceste date presupun că simpla apartenență la o clasă socială inferioară cauzează schizofrenia. Însă, această interpretare cere precauție, pentru că pot interveni și alți factori: infecții, deprinderi alimentare, consum de alcool sau chiar probleme de diagnostic, așa cum am discutat în capitolul precedent. Este posibil ca subiecții urmăriți să nu provină din medii socio-economice inferioare, ci să fi decăzut până la acest nivel ca urmare a schizofreniei.

Teoria decăderii sociale susține că individul schizofren este incapabil să susțină un statut social, decăzând până la nivelul socio-economic inferior. Această teorie poate fi verificată prin comparații

între statusul ocupațional și socio-economic al părinților și cel al copiilor lor schizofreni. Goldberg și Morrison (1963), în urma unei astfel de investigații, au găsit date care confirmă decăderea socială, dar Hollingshead și Redlich (1958) nu au ajuns la aceleași concluzii, susținând teoria sociogenică (ca și Kohn și alții).

Factorii socio-culturali. Influența factorilor culturali se manifestă în societățile în care există mai multe subculturi, iar sistemul de clasificare și procesul de diagnosticare sunt unice. Crocetti, într-un studiu desfășurat în Iugoslavia, a arătat că incidența schizofreniei în Peninsula Istria era de două ori mai ridicată decât în Croația; este de remarcat faptul că fiecare dintre aceste regiuni este ocupată de subculturi diferite, distincte.

Depresia reactivă. Se consideră că unele tipuri de depresie reactivă sunt cauzate doar de un factor de mediu, în sensul că sunt o reacție la un eveniment din mediul individului (de exemplu, un deces în familie). Totuși, nu oricine care a pierdut o rudă apropiată suferă de depresie clinică, depășind limitele unei suferințe de dimensiuni normale. Probabil că, în depresiile reactive, sunt implicați și alți factori, genetici, biologici sau multicircumstanțiali.

Factorii neurochimici și neurologici

Substanțele neurochimice sunt substanțe biochimice localizate la nivelul creierului (vezi figura 5.3 pentru o scurtă descriere a transmiției nervoase). Neurotransmițătorii sunt substanțe chimice depozitate în sinapse și eliberate pentru a realiza închiderea circuitului cu următorul neuron. Acesta este modul în care informația este transmisă prin sistemul nervos. O cantitate prea mare de neurotransmițător (sau o cantitate prea mică de enzimă care-l dezactivează) determină activarea prea frecventă a neuronului, ceea ce poate duce la deformarea informației.

Întrebare: **Cum se transmit mesajele de-a lungul corpului?**

Răspuns: Mesajele se transmit de-a lungul corpului printr-o serie de **axoni** (sau nervi), legați de **neuroni** (soma celulelor nervoase). Transmiterea mesajelor de-a lungul axonilor, la nivelul creierului și al organelor, este un **proces electrochimic**; moleculele aflate de-a lungul axonilor sunt încărcate pozitiv sau negativ. Acestea își modifică sarcina electrică în timpul transmiterii, determinând activitatea electrică de-a lungul axonului.

Întrebare: **Ce se petrece la nivelul creierului?**

Răspuns: **Creierul** decodifică mesajele primite prin axoni, ia o decizie și trimite mesaje, de-a lungul altor axoni, către **efectori** (de exemplu, mușchi). S-a descoperit că unele arii cerebrale au funcții specifice, dar funcționarea creierului ca întreg nu este cunoscută încă.

(Aceasta este o explicație simplificată; pentru informații mai detaliate, cititorul poate consulta lucrările de specialitate - vezi Lecturile suplimentare propuse la sfârșitul capitolului).

Întrebare: **Neuronii se unesc prin axoni?**

Răspuns: Nu în mod direct. Între axonul unui neuron și **dendritele** următorului neuron (dendritele sunt prelungirile scurte ale neuronului) există un spațiu foarte mic, numit spațiu sinaptic; mesajele sunt transmise la nivelul acestuia prin acțiunea chimică a neurotransmițătorilor.

Întrebare: **Ce este un neurotransmițător?**

Răspuns: Este o substanță chimică conținută în **sinapse** (butoni aflați la capătul unui axon), care prin eliberare, determină excitarea nervoasă a dendritelor următorului neuron din lanț.

Acțiunea neurotransmițătorilor poate fi **excitantă** (stimulatoare) sau **inhibantă** (restrictivă). După ce au transmis mesajul lor chimic și au stimulat sau inhibat următorul neuron, transmițătorii sunt **dezactivați** (descompuși de o **enzimă**) sau intră din nou în sistem. Absența neurotransmițătorului adecvat determină stimularea insuficientă a neuronului. O cantitate prea mare de neurotransmițător determină suprastimularea. În absența enzimei, neurotransmițătorii continuă să stimuleze neuronul. Neurotransmițătorii întâlniți în lucrarea noastră sunt: Dopamină, Acetilcolina, Serotomina, Norepinefrina, Acidul gamma-amino-butaric (GABA)

Fig.5.3. Creierul și transmiterea nervoasă.

Teoria dopaminei. La unii schizofreni a fost detectată o cantitate prea mare de dopamină; aceasta poate fi cauza halucinațiilor și mișcărilor bizare, deoarece circuitul dopaminic este implicat în controlul perceptiv și motor. Desigur că excesul de dopamină poate fi rezultatul schizofreniei și nu cauza ei. Cercetările nu au ajuns încă la o concluzie.

Medicamentul fenotiazină blochează acțiunea dopaminei, ameliorând simptomele schizofrenice. Însă, Haracz (1982) a remarcat că această metodă poate fi aplicată numai unora dintre schizofreni, ceea ce înseamnă că excesul de dopamină nu este caracteristic tuturor pacienților cu această tulburare psihică.

Tulburările afective. Studiile au arătat prezența unei cantități scăzute de serotonină și norepinefrină în cazul depresiilor. S-a dovedit, pe animale, că medicamentele prescrise depresivilor cresc nivelul serotoninei și norepinefrinei (v.§.6.1).

Date neurologice. Investigațiile neurologice ale creierului schizofrenilor, prin scanare CAT sau PET, au indicat lărgirea ventriculelor, ceea ce presupune o deteriorare sau o atrofiere a țesuturilor cerebrale. Rieder și colab (1983) au identificat această lărgire a ventriculelor și la nivelul creierului altor pacienți psihotici, în afară de schizofreni.

Rezumat

Factorii genetici, sociali și neurologici au fost indicați ca posibile cauze ale tulburărilor psihice. Studiile arată implicarea convergentă a mai multor factori în aceste tulburări. Chiar în cazul în care factorii se corelează (de exemplu, nivelul înalt al dopaminei și manifestările schizofrenice), este dificil de stabilit care este cauza și care este efectul. Este necesară continuarea cercetărilor înainte de a putea indica cauzele certe ale tulburărilor psihice.

Autoevaluare

1. Care sunt datele care indică structura genetică ca o cauză a tulburărilor psihice?
2. Care este rolul jucat de factorii de mediu în dezvoltarea unei tulburări psihice?
3. Care sunt descoperirile legate de implicarea factorilor neurochimici și neurologici în tulburările psihice?

LECTURI SUPLIMENTARE

- C. Blakemore, *.The Mind Machine* (London: BBC Books, 1988).
- N.R. Carlson, *Foundations of Physiological Psychology* (Boston: Mass.: Allyn & Bacon, 1992).
- G. Davison and J. Neale, *Abnormal Psycholgy* (New York: Wiley, 1990).
- Diagnostic and Statistical Manual* 3rd end, revised (The American Association of Psychiatrists, 1987).
- International Classification of Diseases*, 10th end, (The World Health Organisation, 1990).



UTILIZEZ TERAPIA PRIN INUNDARE PENTRU A-I
TRATA FRICA DE PĂIANJENI.



RATAMENTE ȘI TERAPII

La sfârșitul acestui capitol, veți fi capabili:

1. Să cunoașteți diferite forme de tratament pentru tulburările psihice.
2. Să asociați tratamentele discutate cu modelele sau abordările teoretice din care au fost derivate.
3. Să discutați cercetările care indică ce tratament este adecvat unei forme specifice de tulburare psihică.
4. Să înțelegeți conceptul de vindecare în relație cu tulburările psihice.
5. Să apreciați formele de dezinstituționalizare disponibile pentru persoanele aflate sub tratament psihiatric.

INTRODUCERE

Formele de tratament sunt împărțite în cinci arii principale, în funcție de bazele teoretice oferite de cele cinci abordări majore din psihologie (descrise în capitolul 4). **Modelul psihanalitic** utilizează **terapiile de înțelegere (insight)**, în care clientul este încurajat să-și examineze trecutul, pentru a ajunge la înțelegerea (insightul) problemelor curente (v. § 6.3). Este posibil ca mulți dintre teoreticienii de **orientare**

umanistă să aibă, ca punct de pornire, perspectiva psihanalitică (de exemplu, Rogers), dar terapiile lor sunt concentrate clar pe situațiile „hic et nunc” (aici și acum) și nu pe trecutul clientului. **Modelul medical** sugerează că tratamentele **somatice** (fizice) sunt adecvate pentru a ameliora disfuncționalitățile fizice ale organismului; aceasta ar putea fi urmată de o ameliorare la nivelul psihicului (v. § 6.1). **Modelul behaviorist** (al teoriilor învățării) propune corectarea problemelor comportamentale, instalate în urma unei învățări greșite, prin învățarea unor comportamente adecvate. Aceasta este ipoteza fundamentală de la care pleacă și tratamentele derivate din **teoriile cognitive**; scopul acestora este modificarea tiparelor greșite de gândire, care pot duce la comportamente dezadaptative. Metodele variază în funcție de schema lor persuasivă, iar tratamentul implică participarea activă a clientului, care trebuie să-și folosească procesele cognitive (raționamentele de exemplu), pentru a-și modifica comportamentul (v. § 6.3).

Ultima parte a capitolului 6 se concentrează asupra eficienței unor tratamente, ca și asupra gradului de adecvare a unor forme de acomodare (instituționalizate sau dezinstituționalizate) oferite, în mod curent, persoanelor cu tulburări psihice.

6.1. TRATAMENTE SOMATICE

Tratamentele somatice sunt destinate echilibrării fizice a organismului (soma), ca o premisă a ameliorării sau normalizării funcționării psihologice a individului. Aceste tratamente pornesc de la relația corp-psihic (Clare, 1980), ca și de la ideea că dezechilibrul sau disfuncțiile organismului, în special ale creierului, pot fi cauza sau efectul tulburărilor psihice. Această problemă a fost deja discutată, în capitolul 5, cu particularizare pe schizofrenie. Ne vom ocupa, aici, de tratamentul somatic al bolilor psihice.

Chimioterapia (administrarea de medicamente)

În psihiatrie sunt utilizate cinci grupe majore de medicamente (vezi fig.6.1); ca în cazul oricărei boli, este necesară monitorizarea atentă a administrării medicamentelor. Clinicianul trebuie să se asigure că pacientul este capabil să urmeze singur tratamentul medicamentos, înainte de a-l trimite acasă cu o cutie de medicamente, spunându-i: „Într-una de trei ori pe zi, timp de două săptămâni și apoi vino din nou să te văd”. Multe medicamente pot produce dependență psihologică sau fiziologică și, de aceea, trebuie folosite sub supraveghere, măcar pentru o perioadă scurtă de timp.

a) *Tranchilizantele minore*. Așa cum sugerează și numele, acestea sunt folosite pentru a reduce anxietatea pacienților cu probleme de intensitate moderată. Sunt folosite și în cazul depresiilor în care se manifestă și anxietatea (mai ales în depresiile reactive sau exogene și în cele clasificate ca episoade depresive singulare - vezi capitolul 5). Aceste medicamente sunt prescrise, de obicei, de către medicii generaliști; au început să fie folosite curent în anii '50, înlocuind barbituricele care dădeau dependență. Ulterior, s-a descoperit că și tranchilizantele minore pot produce dependență psihologică și fiziologică; de aceea, în prezent, ele sunt mai rar prescrise și numai în condițiile unei monitorizări atente. Mulți pacienți care au luat *benzodiazepină* s-au plâns de somnolență și letargie; din acest motiv, ca și datorită dependenței pe care o induc, nu se recomandă folosirea lor pe termen lung. Noyes și colab. (1984), observând că aceste medicamente îmbunătățesc semnificativ starea pacienților cu stări de panică și depresie anxioasă, au folosit metoda *placebo*. Placebo este o formă de tratament, care, fără știrea pacientului, nu are efecte fizice asupra problemei. Se poate face comparația cu un grup de control nesupus tratamentului, deci care nu se așteaptă să obțină rezultate în lipsa acestuia. Placebo se bazează pe expectanță ca o forță foarte puternică a oamenilor. În chimioterapie, placebo poate fi o pastilă sau o capsulă fără constituenți chimici activi. Unii ar putea pune sub semnul întrebării etica tratamentului placebo; toți pacienții se așteaptă să primească tratamentul optim pentru problemele lor.

CATEGORIA DE MEDICAMENTE	GRUPA CHIMICA ȘI EXEMPLE	EFECTE NEUROCHIMICE	EFECTE LA NIVELUL AFECTIVITĂȚII ȘI COMPORTAMENTULUI
Tranchilizante minore	Benzodiazepine (Librium, Valium)	Crește eliberarea de GABA (inhibitor)	Efecte calmante, reduce anxietatea
Neuroleptice (antipsihotice)	Fenotiazine (ciorpromazin) Butyrofenone • (haloperidol) *	Blochează eliberarea dopaminei în receptori	Reducerea trăirilor psihotice și a mișcărilor bizare
Stimulante	Amfetamine (dexadrina)	Blochează descompunerea dopaminei și norepinefrinei	Intensificarea stării de alertă și a sentimentelor de încredere
Antidepresive	(1) Triciclice (2) Inhibitori ai oxidazei monoaminice (MAO)	(1) Blochează disocierea norepinefrinei și serotoninei (2) Blochează acțiunea enzimei MAO, intensifică acțiunea norepinefrinei și serotoninei	Schimbarea dispoziției, sentimente de euforie, blochează somnul REM (superficial)
Medicamente împotriva tulburărilor bipolare	Săruri anorganice (carbonat de litiu)		Efect sedativ, menține echilibrul emoțional

Fig.6.1. Unele medicamente psihoactive

b) *Tranchilizantele majore* (neurolepticele sau antipsihoticele) sunt utilizate pentru reducerea anxietății majore din episoadele psihotice acute. Sunt prescrise schizofrenilor, deoarece au și efect ameliorativ asupra manifestărilor delirante și halucinatorii. Aceste medicamente au fost descoperite accidental; un chirurg francez, Laborit, în anii '50, remarcă că medicamentele prescrise de el reduc șocul chirurgical al pacienților făcându-i mai puțin anxioși. Medicamentul respectiv a fost preluat pentru a-i intensifica proprietățile de reducere a anxietății. La scurt timp, Charpentier a produs un nou derivat al *fenotiazinei*, numit *clorpromazin*, care s-a dovedit foarte eficient în calmarea schizofrenilor, prin blocarea transmiției nervoase dopaminergice la nivel cerebral (v.fig.6.1).

Într-un studiu cu privire la tratamentele adecvate schizofrenilor, May (1968) remarcă că fenotiazinele, singure sau asociate cu psihoterapia, sunt mai eficiente decât psihoterapia neasociată cu medicamente sau terapia Milieu (terapie bazată pe ideea că, comunitatea terapeutică, în care pacienții sunt ținuti ocupați 85% din timpul zilei, redă acestora capacitatea de a-și asuma responsabilități și de a lua parte la deciziile grupului). Datele relevate de May au fost confirmate de, investigații cu durată de 5 ani (May, 1976).

Fenotiazinele nu pot avea un efect de vindecare a schizofreniei; este necesară menținerea unei doze care să prevină decompensările. *Vaughn și Leff* (1976) au arătat că lipsa tratamentului medicamentos crește foarte mult riscul decompensărilor la schizofreni. Efectele secundare ale fenotiazinelor pot fi neplăcute; gură uscată, privire încețoșată, tremur asemănător celui din boala Parkinson (boală legată de tulburările metabolismului dopaminei la nivel cerebral). Aceste efecte motorii se datorează disfuncțiilor tracturilor nervoase descendente, de la creier către neuronii motori spinali.

c) *Stimulantele*. *Amfetamina* și *piperidylul* sunt prescrise în mod curent pentru copiii hiperactivi. Aceasta poate părea ciudat și contradictoriu. Dar, acești derivați favorizează direcționarea activității prin creșterea concentrării. Se pare că cele mai eficiente rezultate se obțin prin combinarea acestor derivați cu terapia comportamentală (Gittleman-Klein și colab., 1976).

Efectele secundare includ modificări în aparența fizică a pacienților (de exemplu, pacienții sunt trași la față și au cearcăne), așa cum remarcă Gittleman și Mattes (1983); în doze mari, stimulantele pot interfera cu capacitatea de învățare și performanțele la teste cognitive (Sprague și Sleator, 1977). Aceste medicamente pot fi prescrise, pentru perioade scurte, pentru a contracara letargia, pentru a intensifica, starea de alertă corticală și sentimentele de încredere: desigur că, și în cazul acestor medicamente, există riscul abuzului.

d) Antidepresivele. Triciclicele și inhibitorii MAO (inhibitorii oxidazei monoaminice) au efecte terapeutice de facilitare a transmiterii nervoase. Medicamentele triciclice s-au dovedit eficiente în tratarea depresiilor endogene (Stern și colab. 1980). Klerman (1975) consideră inhibitorii MAO ca fiind mai puțin eficienți decât triciclicele, dar ei sunt totuși prescriși pacienților care nu răspund la tratamentul cu triciclice. Trebuie luate măsuri pentru evitarea efectelor secundare ale inhibitorilor MAO, care pot fi severe; toxicitatea poate determina leziuni hepatice, cerebrale și cardiovasculare. De asemenea, pot interfera cu alte medicamente sau alimente cu un conținut ridicat de tyramină (de exemplu, brânză, ficat de pui, derivați ai drojdiei de bere), putând determina chiar decesul pacientului.

Antidepresivele sunt folosite cu succes pentru tratarea tulburărilor obsesiv-compulsive (Insell și colab, 1983), bulimiei (Walsh și colab, 1984) și atacurilor de panică (Zitrin și colab, 1983).

e) Medicamentele împotriva tulburărilor bipolare. Așa cum remarcam anterior, pacienții maniaco-depresivi sunt dificil de tratat: tratamentul uneia dintre faze poate înclina balanța către polul opus. Tratamentul cu carbonat de litiu (LiCO_3) pare a rezolva această oscilare continuă între dispozițiile extreme, deși Shopsin și colab. (1975) nu au relevat nici o diferență de eficacitate între neuroleptice și această sare anorganică. Dar carbonatul de litiu are și o acțiune profilactică - el previne posibilele episoade ulterioare depresive sau maniacale (Prien și colab, 1984).

Carbonatul de litiu cere o atentă monitorizare, deoarece supradoza este letală.

Psihochirurgia

Psihochirurgia, inițiată la sfârșitul anilor '30 de Moniz, a fost un tratament crud; se practicau incizii pe părțile laterale ale craniului sau la nivelul orbitelor oculare, prin care instrumentele chirurgicale pătrundeau în lobii frontali, distrugând o parte considerabilă a țesuturilor cerebrale. Rațiunea acestei intervenții era determinată de faptul că lobii frontali controlează procesele de gândire și expresia emoțională; ca urmare, desplicarea tracturilor nervoase care leagă aceste arii cerebrale de talamus și hipotalamus (structuri sub-corticeale) ar putea diminua gândurile, emoțiile și comportamentele iraționale.

Succesul acestei metode în tratarea schizofreniei, depresiei, tulburărilor de persoanlitate și tulburărilor anxioase a fost exagerat la acea vreme, dar nu a fost susținut de studiile ulterioare. **Robbin (1958, 1959)** a descoperit că lobotomia avea efecte ameliorative, dar pacienții sufereau mai târziu, de decompensări. **Bara/tal (1958)** a efectuat, timp de 10 ani, 5 studii asupra pacienților lobofomizați și a demonstrat prezența unor efecte secundare individuale: placiditate, toropeală, convulsii și chiar moarte.

Publicitatea defavorabilă și evidențierea efectelor pozitive ale fenotiazinelor, în anii '50 au scăzut foarte mult rata lobotomiilor. La ora actuală, tehnicile chirurgicale sunt foarte precise și au o mare finețe, țesuturile cerebrale fiind distruse doar în mică parte. Pacienții sunt atent selectați, doar în cazul în care alte tratamente și-au dovedit ineficacitatea pentru rezolvarea unor probleme grave, de lungă durată.

Tehnicile moderne de psihochirurgie și-au dovedit eficiența în tratarea tulburărilor obsesiv-compulsive, depresiei severe și anxietății; intervenția chirurgicală se folosește extrem de rar în cazurile de schizofrenie.

Terapia electroconvulsivă (Electroconvulsive Therapy, ECT)

Introducerea terapiei electroconvulsive (electroșocurile) a înlocuit terapia insulinică - un tratament în care pacienții non-diabetici erau injectați cu insulina, pentru a produce comă, din care erau recuperați prin administrarea intravenoasă de dextroză. Sakel (1938) nota că pacienții tratați cu insulina erau mai puțin confuzi, iar manifestările psihotice se ameliorau. Cam în aceeași perioadă, s-a observat, în mod greșit, că schizofrenii nu suferă de epilepsie, presupunându-se că introducerea unor convulsii epileptice i-ar putea vindeca. *Cerletti* este primul care a utilizat, la Roma, în 1938, tehnica administrării unui curent electric la nivelul creierului, pentru a provoca o criză de grand mal unui pacient schizofren. În prezent, pacienților li se administrează sedative și relaxante musculare, care diminuează riscul unor fracturi în timpul convulsiilor provocate.

Se aplică 6 până la 10 astfel de tratamente, într-un interval de 3-4 săptămâni. Deseori, pacienții prezintă îmbunătățiri după numai unul sau două tratamente. De obicei, este utilizată *tehnica electroconvulsivă unilaterală*, inducându-se șocuri electrice numai la nivelul unei emisfere cerebrale; astfel, se provoacă confuzii și pierderi de memorie într-o măsură mult mai mică, dar efectele terapeutice sunt aceleași ca în tehnica bilaterală (Ingliš, 1969; Abrams, 1975).

Astăzi, tehnica electroconvulsivă este folosită, în primul rând, la pacienții cu depresie profundă, care nu au răspuns tratamentului medicamentos, mai ales dacă există tendințe sau risc suicidar. Se pare că este eficientă în multe cazuri, deși nu este pe deplin înțeles modul în care acționează. Această tehnică, însă, nu previne decompensările. Nu este utilizată pentru schizofreni, la care chimioterapia este mai eficientă.

Aprecieri asupra tratamentelor somatice

Scopul tratamentelor somatice este diminuarea sau îndepărtarea funcționării anormale, prin intervenția directă asupra proceselor organismului. Medicamentele acționează biochimic, de obicei la nivel sinaptic, reducând sau intensificând activitatea neurotransmițătorilor. Psihochirurgia modifică comportamentul pacienților prin distrugerea țesutului cerebral și afectarea fizică a căilor de transmitere; dacă aceste modificări sunt pozitive sau negative, este un alt punct de discuție. Acțiunea tehnicii electroconvulsive, de provocare a unor șocuri electrice la nivel cerebral, ameliorând simptomele depresive, nu este înțeleasă dar este posibil ca ea să determine schimbări neurochimice temporare.

Chimioterapia este cel mai folosit tratament și, de altfel, primul care se încearcă. Tehnica electroconvulsivă este utilizată selectiv doar după ce tratamentul medicamentos se dovedește inefficient; acestei tehnici i se aduc critici legate de efectele secundare (confuzii și pierderi de memorie), ca și de necunoașterea modului în care acționează. Este posibil ca anormalitatea comportamentelor pacientului să fie înlăturată de traumele provocate de acest tratament. S-a pus problema etică dacă este permisă administrarea unor șocuri electrice în condițiile în care „vindecarea” nu este certă. Pe aceste baze, au ridicat obiecții Asociația națională pentru sănătate mintală și Protecția drepturilor pacienților psihici, ca și alte organizații din SUA. Protagoniștii (de exemplu Klerman, 1972, 1988) susțin că, fiind cel mai eficient tratament împotriva depresiei, tehnica electroconvulsivă trebuie aplicată; de altfel și chimioterapia, ca alternativă, are efecte secundare neplăcute. Psihochirurgia este practică rar, datorită incertitudinii succesului, efectelor secundare și ireversibilității acestei proceduri.

Pacienții au dreptul să refuze orice formă de tratament cu care nu sunt de acord și pot cere un tratament alternativ. Faptul că pacienții nu-și înțeleg întotdeauna depturile, datorită funcționării disturbate a psihicului lor, este o altă chestiune. Psihiatrul poate considera

212 Diferențe interindividuale

tratamentul cerut de pacient ca fiind inadecvat; greșește, oare, refuzând aplicarea lui? Problemele legate de acordarea permisiunii și de etică necesită o atentă clarificare, în condițiile în care primează interesul pacientului.

Autoevaluare

1. Ce este tratamentul somatic?
2. Care sunt categoriile principale de medicamente folosite în psihiatrie?
3. Care sunt problemele ridicate în legătură cu tratamentul somatic?

6.2. TERAPII COMPORTAMENTALE

Aceste terapii se fundamentează pe teoriile *condiționării clasice și operante*, descrise în capitolul 4. Premisa este că orice comportament se învață; învățarea greșită este cauza comportamentului anormal, astfel încât individul trebuie să învețe comportamentul corect sau acceptabil. Prima secțiune a acestei părți se referă la terapiile bazate pe condiționarea clasică (în care individul face asociații involuntare legate de răspunsul la stimul), cunoscute, în general, ca terapiile comportamentului. Terapiile bazate pe condiționarea operantă (descrise în a doua secțiune a acestei părți) se numesc modificări ale comportamentului sau tehnici de condiționare operantă, pentru a fi diferențiate de tehnicile bazate pe condiționarea clasică (Walker, 1984). Modificările comportamentului implică utilizarea unor răspunsuri voluntare.

Terapia comportamentului, bazată pe condiționarea clasică

Teoria condiționării clasice susține că un răspuns este învățat și repetat prin asociații prin contiguitate (asociații prin apropiere în timp și spațiu). Câinii din experimentul lui Pavlov salivau la auzirea unei sonerii, deoarece, anterior, acest sunet se suprapunea cu aducerea hranei. De ce vă place un anumit nume de persoană? Pentru că, prima dată când l-ați auzit, a fost asociat cu persoana care vă plăcea. Condiționarea clasică consideră că o mare parte a învățării umane se produce în acest mod (chiar dacă nu toate situațiile sunt la fel de inofensive ca exemplele date).

Terapiile care încearcă să înlocuiască un model (pattern) dezavantajos de răspuns, cu unul mai adecvat, includ: desensibilizarea sistematică, implozia, tehnica inundării, terapia aversivă, senzația de acoperire. Toate acestea vor fi descrise în continuare.

a) *Desensibilizarea sistematică*. Pacientul este învățat să se relaxeze, după care i se arată poze ale obiectului fricii sau problemelor sale, pentru a-l desensibiliza sau pentru a reduce răspunsurile nefavorabile. Acești stimuli sistematici, încep de la reprezentări mai puțin înfricoșătoare către reprezentări din ce în ce mai înfricoșătoare ale obiectului real. Prin această tehnică se tratează cu succes fobiile. Expunerea la obiectul sau situația care produce teamă (mai mult decât evitarea, practică uzual de fobiei) arată că nu există motive întemeiate de anxietate. Între ședințele terapeutice, pacienților li se dau „teme” cerându-li-se să se pună, gradat, în situațiile pe care le consideră înfricoșătoare. Paul (1966) consideră desensibilizarea sistematică mai eficientă pentru fobiei decât terapiile prin înțelegere (insight) sau tehnica placebo.

b) *Terapia aversivă* este utilizată, în general, pentru comportamentele nedorite sau pentru comportamentele de dependență. Scopul constă în atașarea sentimentelor negative la stimulii considerați atractivi în mod neadecvat. De exemplu, dacă un vomitiv este asociat cu alcoolul, viitoarea băutură alcoolică va deveni mai puțin atractivă. A fost

utilizată și asocierea, cu electroșocuri, dar problemele etice au oprit această tehnică (v.fig.6.2). Efectele terapiei aversive pot fi de scurtă durată și, în general, este acompaniată și de tehnici pozitive.

Lang și Melamed (1969) au descris cazul unui copil în vârstă de 9 luni, care **voma** și prezenta **ruminare cronică** (regurgitarea și remestecarea alimentelor). Testele nu au evidențiat probleme fiziologice. Copilul suferea de malnutriție și era hrănit prin tubaj.

Terapia aversivă a constat în administrarea unor șocuri electrice scurte (1 sec) la nivelul gambei copilului, de câte ori acesta manifesta semne de vomă. Copilul a învățat, în scurt timp, că modalitatea de a evita șocurile era să nu vomeze. După doar două ședințe terapeutice, șocurile electrice au devenit necesare din ce în ce mai rar.

În timpul a trei săptămâni de supaveghere și tratament, copilul a început să câștige în greutate și a putut fi externat. Cinci luni mai târziu, a fost declarat sănătos fizic și psihic. Terapia aversivă a salvat viața acestui copil, chiar dacă „vindecarea prin durere” rămâne o problemă etică.

Fig.6.2 Terapia aversivă, utilizată pentru salvarea unei vieți.

c) *Terapia implozivă și tehnica inundării*. Utilizată frecvent pentru tratarea fobiilor, esența acestei terapii este expunerea clientului la o situație din ce în ce mai înspăimântătoare. Premisa este: „luptă împotriva fricii cu frica”. În momentul în care situația imaginată ajunge la punctul ei maxim, ea nu mai produce frică. Terapeutul încurajează ridicarea treptată a nivelului de excitație dat de situația respectivă, timp de o oră.

În *terapia implozivă*, terapeutul „construiește” situația, prin povești și scenarii înspăimântătoare, care, conform teoriei psihodinamice, ar reprezenta impulsurile sexuale sau agresive reprimite ale id-ului. De exemplu, unui arahnofobic i se cere să-și imagineze un păianjen uriaș care îi devorează ochii, pătrunde prin orbite până la creier, pe care i-l devorează. Terapia implozivă face apel la imaginația clientului, în timp ce tehnica inundării are loc *in vivo* (situații reale de viață, de exemplu, Wolpe (1958) a luat la o plimbare cu mașina un pacient cu teamă de mașină, timp de 4 ore. Pacientul, care era o fetiță, a devenit isteric pe măsură ce nivelul anxietății sale creștea, dar, la un

moment dat, s-a calmat și, la sfârșitul plimbării, frica ei dispăruse. Stingerea răspunsului de teamă al clientului se produce deoarece terapeutul blochează comportamentul obișnuit de evadare sau evitare.

Alți terapeuți, precum Emmelkamp și Wessels (1975) au considerat tehnica inundării ca fiind mai eficientă decât implozia. .

Aprecieri asupra terapiilor comportamentului

Desensibilizarea sistematică este o tehnică relativ benignă; este dificil să spunem că tehnicile aversive, implozive sau de inundare pot fi privite din aceeași perspectivă. Se pun probleme etice legate de utilizarea acestor metode, ceva mai stranii mai ales dacă nu sunt mai eficiente decât alte metode mai puțin traumatizante. Susținătorii terapiilor implozive și de inundare afirmă eficiența acestora (Marks, 1981; Barratt, 1969). Sunt mai rapide și mai puțin costisitoare pentru client decât alte terapii. Dar, costurile clientului pot fi evaluate și în alți termeni decât cei bănești; de aceea, unii terapeuți recomandă aceste tehnici doar dacă altele au dat greș.

Terapia aversivă nu se mai folosește decât rareori pentru tratarea problemelor legate de consumul de alcool, deoarece asociațiile negative trebuie repetate pentru a fi eficiente, iar alte metode au mai mult succes. Folosirea șocurilor electrice este controversată, datorită implicațiilor etice, cu excepția cazurilor în care este cerută de client. Este posibil ca unele persoane să răspundă mai bine la pedeapsă decât la recompensă. Într-o perioadă, acest tratament a fost utilizat pentru homosexuali: șocurile electrice erau asociate cu prezentarea unor bărbați atractivi. Eficiența acestei tehnici nu a fost dovedită cu certitudine, iar utilizarea ei a fost sistată din motive etice. Investigațiile nu au reușit să demonstreze superioritatea terapiei aversive în comparație cu tratamentul placebo (Diamant și Wilson, 1975).

Terapiile comportamentale, bazate pe condiționarea operantă

a) **Modificarea comportamentului** pornește de la premisa că acțiunile recompensate (sau întărite) au tendința de a se repeta. Acțiunile sau comportamentele implicate sunt **voluntare**, deoarece individul recunoaște asocierea **întăririi** cu acțiunea asupra căruia el are control. Modificarea comportamentului încearcă să inducă comportamentul adecvat prin întărirea acțiunilor dorite sau acceptabile. Aceasta se obține mai ușor în situațiile în care terapeutul oferă o întărire consistentă și sigură (**Wilson și O'Leary, 1980**).

Foarte multe probleme apărute în perioada copilăriei pot fi rezolvate prin tehnicile operante, de exemplu: enurezisul, sugerea degetelui, hiperactivitatea, performanța școlară scăzută, retragerea socială. Copiii aflându-se sub controlul adulților, sunt ușor influențabili prin condiționarea operantă. În general, această terapie are o rată de succes mai mare decât altele (**Franks, 1984; Ross, 1981**).

Tehnica a fost extinsă, cu succes și la copiii autiști și retardați mintal, pentru a le îmbunătăți abilitățile sociale (Williams și colab, 1975) și deprinderile legate de hrănire (Plummer și colab, 1977). Lovaas (1973) arăta că achizițiile obținute de copiii autiști în timpul terapiei s-au menținut doar în cazul în care părinții au continuat să întărească comportamentul dorit.

Întărirea implică laudă, acordarea atenției și recompense materiale de tipul alimente preferate, dulciuri, jucării. Aceasta este **întărirea primară**, la care copilul are acces imediat și o poate utiliza pe loc. Neîntărirea presupune ignorarea copilului atunci când manifestă comportamente inadecvate (observațiile, strigătele, bătaia implică acordarea atenției și pot deveni întăriri ale unor comportamente nedorite). Figura 6.3 prezintă un exemplu fictiv de utilizare a tehnicii de modificare a comportamentului.

Jenny este o adolescentă cu dificultăți de învățare, internată într-o instituție specială. Ea nu știe să se hrănească singură, astfel încât personalul a elaborat un program de întărire care s-o încurajeze pe Jenny să mănânce cu lingura. Întărirea era reprezentată de jeleul de coacăze preferat de Jenny. De fiecare dată când Jenny rezolva corect pașii din program, era recompensată cu o linguriță de jeleu. Sarcinile pe care Jenny trebuia să le îndeplinească au fost organizate într-o secvență de pași.

Secvența de sarcini

1. Să ridice lingura.
2. Să ia mâncarea din vas cu lingura.
3. Să ridice lingura la gură.
4. Să introducă mâncarea în gură (cu ajutorul lingurii).
5. Să readucă lingura goală la vas.
6. Să păstreze lingura în mână.
7. Repetarea secvenței până când mâncarea din vas se termină.

Puteți pune la punct o secvență de sarcini pentru a o învăța pe Jenny să se spele pe dinți? Desigur, jeleul de coacăze nu este o întărire adecvată în această situație, dar lui Jenny îi place să se vadă în oglindă.

Fig.6.3. Program de modificare a comportamentului (pe baza condiționării operante)

b) **Administrarea simbolului.** Un progres natural al condiționării operante îl constituie utilizarea ideii de **întărire secundară**, în cazul căreia recompensele nu sunt de uz imediat, dar iau forma unor simboluri care pot fi schimbate, ulterior, cu o recompensă la alegerea individului. Una din metode este de a da individului simbolul respectiv în momentul în care manifestă comportamentul dorit. Individul poate schimba ulterior acest simbol cu ce dorește. În spital, de exemplu, îl poate schimba cu bomboane, țigări sau alte obiecte de la magazinul din incintă; simbolul poate fi schimbat și cu privilegii speciale, precum urmărirea programelor TV mai mult timp. Această tehnică este folosită, în general, cu adulții sau cu copiii mai mari, care pot face asocierea între întăririle care nu au uz imediat și recompensa ulterioară.

Paul și Lentz (1977) au comparat trei secții de spital cu pacienți internați pe termen lung. În prima secție era utilizată tehnica de

administrare a simbolurilor, în a doua terapie Millieu (în care pacienții erau ținuti ocupați cu diferite activități, 85% din zi, în scopul de a participa la viața comunității), iar în cea de a treia secție activitatea se desfășoară conform rutinei obișnuite din spital. Pacienții au fost supravegheați lunar, timp de 4 ani și jumătate de internare și 17 luni după externare. S-a observat reducerea comportamentelor simptomatice la pacienții din primele două secții într-o măsură mai mare decât la pacienții celei de a treia secții. Pacienții secției în care s-a aplicat tehnica de administrare a simbolurilor au făcut față vieții reale mai bine decât pacienții celorlalte secții. Au fost utilizate și alte metode de învățare socială în combinație cu administrarea de simboluri, care s-a dovedit eficientă pentru reținerea atenției pacienților sever retardați.

Problemele pe care le pun cele două tehnici comportamentale descrise sunt similare. În primul rând, întărirea trebuie să fie constantă (aceeași pentru toți oamenii care se relaționează cu pacientul) și, în al doilea rând, comportamentele nu trebuie generalizate la situațiile din viața reală. Aceasta reprezintă o critică adusă celor mai multe tipuri de terapii. Se pare că modificarea comportamentului se confruntă cel mai puțin cu această critică, așa cum au arătat Paul și Lentz în investigația lor. O a treia obiecție este ridicată în legătură cu faptul că, prin modificarea comportamentului, se tratează doar simptomele și nu problema de bază a individului. Este posibil să se manifeste alte comportamente anormale în locul celor modificate; aceasta se numește *substituire de simptom*. Întăririle trebuie adecvate fiecărui individ în parte; trebuie alese cu grijă, deoarece ceea ce reprezintă recompensă pentru o persoană poate fi pedeaptă pentru alta.

c) *Biofeedback-ul*. Această tehnică are, ca bază, atât condiționarea clasică, cât și cea operantă.

Pacienții sunt antrenați pentru a-și putea controla procesele organismului; precum bătăile inimii sau presiunea sangvină, care, în mod normal, sunt controlate autonom și nu voluntar. Pacienții sunt conectați la un aparat care înregistrează permanent răspunsurile fiziologice de tipul celor amintite și li se cere să încerce, conștient, să

reducă intensitatea acestor semne. Când aparatul nu înregistrează un anumit nivel de răspuns, se declanșează o sonerie. Pacientul va încerca să mențină acel nivel al răspunsurilor sale fiziologice. Întărirea acestui comportament pentru pacienții hipertensivi constă în conștiința faptului că-i ajută să-și îmbunătățească starea de sănătate. Rezultatele inițiale ale acestei tehnici au fost încurajatoare, dar biofeedback-ul nu a putut fi stabilit ca un tratament, standard pentru hipertensivi (Shapiro și Surwit, 1979). Blanchard și colab. (1979) consideră antrenamentul de relaxare ca fiind mai eficient; acestuia trebuie să i se asocieze schimbări ale stilului de viață, pentru a obține menținerea unui nivel normal al tensiunii arteriale și în situațiile reale de viață.

Prin biofeedback au fost tratate și unele forme de epilepsie: pacienții au fost antrenați pentru a-și crește nivelul activității corticale în zonele senzo-motorii. Îmbunătățirile obținute prin această tehnică nu s-au păstrat la încetarea ședințelor terapeutice (Stermann, 1973).

Afecțiunile neurocerebrale, precum paralizia cerebrală, paralizia determinată de atacuri cerebrale sau poliomielită, au fost, și ele, tratate prin biofeedback (Basmajian, 1977). Pacienții erau informați, prin biofeedback, despre dezactivarea unei celule musculare și erau antrenați pentru a o reactiva. Căile nervoase se află sub control voluntar, fiind ideale, în cazul afectării lor, pentru reantrenarea prin biofeedback. În țesuturile lezate, semnele musculare sunt slabe și necesită amplificare. Astfel, biofeedback-ul poate acționa ca o întărire, dar și ca o încurajare pentru eforturile viitoare.

Modelarea

Modelarea se bazează pe studiile experimentale din sfera învățării sociale (v. §.2.3), ca cele, ale lui **Bandura** (1965), și s-a dovedit foarte eficientă în clinică (Bandura și colab., 1969). Prin această tehnică, fobicilor li se permite să urmărească modele filmate sau reale, care fac față obiectelor sau situațiilor fobice. Aceasta determină reducerea anxietății manifestate de subiect. O nouă abordare, inițiată de

220 Diferențe interindividuale

Melamed și alții (1975), utilizează modelarea cu scopul de a reduce teama copiilor față de dentist sau față de operațiile chirurgicale.

Lazarus (1971) a folosit **demonstrația terapeutului** pentru a permite clienților să repete comportamentele adecvate într-o situație dificilă de relaționare. Terapeutul îi demonstrează clientului cum poate face față unei situații dificile, demonstrație pe care clientul o poate repeta în cursul ședințelor terapeutice. Această metodă este frecvent utilizată în multe arii de consiliere, fiind și o tehnică de succes în antrenamentul asertiv.

Aprecieri asupra terapiilor comportamentale

Terapiile comportamentale pun accentul pe „aici și acum”. Comportamentul manifest este considerat un indicativ al problemei pacientului, fiind corectat prin terapie. Aceste terapii sunt criticate deoarece modifică doar comportamentele manifeste, fără a acționa asupra originii lor. Astfel, problema pacientului continuă să existe, putând interveni substituția simptomului (comportamentului corectat este înlocuit cu un alt comportament anormal). Biofeedback-ul are unele aplicații în medicina comportamentală, dar aplicabilitatea sa este mai restrânsă decât s-a crezut inițial. Reamintim că și biofeedback-ul poate „vindeca” comportamentul manifest, dar nu și cauza lui.

În legătură cu situațiile din spital, s-a sugerat că întărirea reală, care a modificat modurile (pattern-urile) de comportament ale pacienților în urma introducerii programelor comportamentale, a fost îmbunătățirea relațiilor cu personalul (Fonagy și Higgitt, 1984).

Terapiile comportamentale au fost criticate și din motive etice; scopul lor este înlocuirea unor comportamente inacceptabile cu altele acceptabile, dar decizia asupra acceptabilității îi aparține terapeutului. Terapeutul are dreptul să ia decizii care afectează viața altor oameni? În situațiile reale de viață, terapeutul trebuie să discute cu pacientul atent despre scopurile lui și despre modul în care acestea pot fi atinse;

în cazul în care pacientul este copil, terapeutul va discuta cu el, dar și cu părinții sau cel care-l îngrijește.

Autoevaluare

1. Care sunt bazele teoretice ale terapiilor comportamentale?
2. Descrieți o tehnică bazată pe condiționarea clasică.
3. Descrieți o tehnică bazată pe condiționarea operantă.
4. Care sunt criticile aduse terapiilor comportamentale?

6.3. TERAPII COGNITIV-COMPORTAMENTALE

Martin Seligman (1974) a elaborat *teoria neputinței învățate*, ca o explicație pentru depresie. Dacă unui animal i se administrează șocuri electrice de la care nu se poate sustrage, indiferent de aria către care este condus, el se va întinde și va accepta pasiv șocurile. Teoria neputinței învățate consideră că adultul depresiv învață neputința propriei situații. Persoanele depresive se exprimă, deseori, negativ cu privire la propria situație, la lumea înconjurătoare și la viitor. Terapeuții care practică restructurarea cognitivă încearcă să schimbe nu numai comportamentul clienților, ci și perspectiva negativă pe care aceștia au învățat-o în timp; clienții sunt ajutați să-și schimbe percepțiile și raționamentele și, astfel, comportamentele. În continuare, vom prezenta principalele tipuri de terapii cognitiv-comportamentale.

a) *Terapie cognitiv-comportamentală a lui Beck*. Beck consideră că tulburările psihice, în special depresia, sunt cauzate de modurile (pattern-urile) negative de gândire ale clientului, învățate de-a lungul anilor și formate în urma unor/eșecuri timpurii sau a unor evenimente negative (de exemplu, moartea unei persoane apropiate). Are loc o generalizare, clientul văzând orice ca pe un eșec. Terapia lui Beck își

propune să modifice nivelurile cognitive și comportamentale. Sarcinile sunt disociate în pași mici, astfel încât clientul să poată realiza achizițiile pozitive. Terapeutul și clientul cooperează pentru a descoperi ceea ce Beck numește „gânduri automate” - de exemplu, un fiu îi spune tatălui său că nu a reușit la examen sau că nu a intrat în echipa de football a școlii. În mod spontan, tatăl va gândi: „Sunt un tată îngrozitor!” Terapia îl va ajuta să-și restructureze ideea că este responsabil, ca tată, pentru eșecurile fiului său; aceste eșecuri îl fac, într-adevăr, să fie un tată groaznic? Ce alte dovezi poate oferi pentru a dovedi că nu este un tată bun? Rusii și alții (1977) au comparat două grupuri de pacienți depresivi; pacienților din primul grup li s-au administrat medicamente psihoactive antidepresive; pacienții din al doilea grup au beneficiat de 20 de ședințe de terapie cognitiv-comportamentală. După o perioadă de tratament de 12 săptămâni, 79% dintre pacienții grupului de terapie au prezentat îmbunătățiri semnificative, comparativ cu doar 20% din pacienții tratați medicamentos. În plus, la pacienții care făcuseră terapie cognitiv - comportamentală s-au înregistrat ameliorări ale simptomatologiei.

b) *Terapia rațional-emoțională*. Albert Ellis consideră că oamenii își cauzează singuri tulburări emoționale prin repetarea internalizată a unor propoziții; o persoană depresivă poate internaliza continuu: „Ce rău am ajuns!” Ellis sugerează că terapeutul trebuie să se concentreze asupra descoperirii și restructurării acestor propoziții și nu asupra cauzelor sau comportamentelor manifeste. Propozițiile internalizate au formă autodeclarativă și pot media mobilizarea emoțională. Clientul este convins să înlocuiască propozițiile cu un dialog intern, pentru a-și clarifica problemele și pentru a putea vedea într-o manieră mai rațională relațiile sale cu lumea.

Părerile lui Beck și Ellis pot părea similare, dar tehnica lor diferă. Beck recomandă interacțiunile de tip cooperare între terapeut și client, în scopul descoperirii problemei; Ellis consideră că sunt necesare intervențiile forțate pentru întreruperea modelelor (pattern-urilor) dezadaptative învățate, utilizând metoda confrunțățională. În timp ce Beck s-ar întreba ce îl face pe client să se considere un tată

rău, Ellis va spune: „Și ce dacă ești un tată rău? Este logic să fii deprimat din cauza asta? Nu poți fi competent în orice. Ai alte arii de competență” Ellis nu evită să clarifice gândurile clientului ca iraționale și este mai direct decât Beck.

c) *Terapia constructelor personale*. Bazată pe teoria constructelor personale a lui Kelly (1955) (descrișă în capitolul 2), această terapie urmărește să descopere modalitatea de construire (interpretare) a lumii specifică clientului și să modifice-noțiunile „false”, pentru a-l ajuta că „funcționeze” mai eficient (Fransella, 1984). Și în această terapie există o relație interactivă între client și terapeut. Grila de repertoriu a lui Kelly (v.fig.2.6) este utilizată pentru a evalua sistemul de constructe al clientului și pentru a proiecta procesul terapeutic. Terapia lui Kelly diferă din multe puncte de vedere de cea a lui Beck sau Ellis, dar urmărește aceeași descoperire a proceselor cognitive, care formează contractele personale ale clientului asupra lumii; această descoperire poate explica și schimba comportamentul.

Aprecieri asupra terapiilor cognitiv-comportamentale

Terapiile cognitiv-comportamentale, fără să examineze trecutul clientului, analizează comportamentele subtile și modurile (pattern-uale) de internalizare, cu scopul de a le schimba în declarații raționale de autoacceptare. Astfel, comportamentele manifeste se vor modifica, iar problemele clientului se vor rezolva.

Deși tehnicile terapeuților de orientare cognitiv-comportamentală sunt asemănătoare celor ale behavioriștilor, primii dau atenție percepțiile clientului în legătură cu lumea; situațiile nu sunt considerate uniforme pentru toți indivizii, ceea ce-i face pe cognitiv-comportamentaliști să se apropie de abordarea umanistă. Așa cum declara Wessler (1986), restructurarea cognitivă are semnificație de schimbare permanentă la nivel emoțional și comportamental.

224 Diferențe interindividuale

Terapiile cognitive au fost criticate din motive etice; problemele comportamentale și cognitive ale clientului sunt abordate în funcție de ceea ce consideră terapeutul ca fiind acceptabil; dar cine spune că punctul de vedere al terapeutului este cel corect?

Autoevaluare

1. Care sunt diferențele dintre terapiile cognitiv-comportamentale și cele comportamentale?
2. Dați un exemplu de terapie de restructurare cognitivă.
3. Discutați criticile care pot fi aduse terapiilor cognitiv-comportamentale.

6.4. TERAPII PSIHANALITICE

Terapiile psihanalitice se bazează pe teoria lui Freud (vezi capitolul 3). Conflictul id-ego determină *anxietate*, pe care individul încearcă să o rezolve printr-o serie de *mecanisme de apărare*, precum reprimarea (ascunderea în inconștient a gândurilor și amintirilor nedorite), regresia (întoarcerea la un stadiu timpuriu al dezvoltării psihosexuale), proiectarea (proiectarea sentimentelor inacceptabile asupra altora). Inconștientul fiind depozitarul temerilor și dorințelor secrete, terapia încearcă să-l descopere și să-l aducă în sferă conștientului. Această tehnică este aplicată nondirectiv sau terapeutul poate sugera clientului unele dorințe, pe care acesta le poate folosi în locul descrierii conținuturilor inconștiente. Scopul este de a provoca clientului o înțelegere (insight) asupra problemelor sale; astfel, clientul se poate cunoaște și înțelege pe sine.

Există multe variații și terapii bazate pe teoria lui Freud, dintre care noi vom prezenta doar câteva.

Terapia psihanalitică

Așa cum am arătat în capitolul 3, scopul psihanalizei este descoperirea problemelor, temerilor și motivațiilor ascunse în *inconștient*. Când acestea sunt recunoscute la nivel conștient, clientul se poate confrunta cu ele. Freud considera că toate problemele psihice se originează în inconștient. În *psihanaliza clasică*, clientul este întins pe o canapea, iar terapeutul este așezat în afara câmpului vizual al clientului, pentru a rămâne anonim și pentru a nu inhiba comunicarea. Astfel, clientul nu este intimidat sau influențat de terapeut, nici chiar prin limbajul trupului, iar relaxarea (favorizată de poziția întinsă) permite un flux liber al ideilor, gândurilor și sentimentelor. Clientul poate vorbi despre orice îi vine în minte, oricât de neplăcut sau irelevant ar părea. Această tehnică se numește *asociație liberă*. Treptat, asociațiile libere ale clientului vor conduce către descoperirea materialului inconștient. Clientul se poate confrunta cu „blocaje”, când relatările lui se întrerup; în aceste ocazii pot interveni schimbări de direcție sau momente în care clientul se ridică și se îndreaptă către fereastră. După Freud, aceste blocaje sunt foarte importante, pentru că indică *rezistența* clientului - un punct de reprimare.

Visele sunt considerate importante pentru analiză; Freud afirmă că, în timpul somnului, apărarea ego-ului este mai slabă, permițând gândurilor și dorințelor reprimare să iasă la suprafață. Ele pot reprezenta o *împlinire* a dorințelor, fără să exprime direct ce anume dorește individul, ci sub forma deghizată a simbolurilor. Din acest motiv, analiza poate fi realizată doar de un profesionist.

În timpul ședințelor terapeutice, poate interveni și *transferul*, în cadrul căruia clientul transferă asupra terapeutului sentimente și trăiri emoționale pe care le-a avut față de alte persoane, în perioadele anterioare ale vieții sale. Și transferul este utilizat ca material pentru interpretare, terapeutul va explica clientului ce anume relevă transferul său, fără a-i da sfaturi. Clientul este încurajat să găsească singur soluția problemelor sale. Drake și Sederer (1986) sugerează că terapiile intensive și intruzive, precum psihanaliza, pot avea un efect

negativ asupra schizofrenilor (necesitând, chiar, spitalizări de lungă durată). Ei consideră că aceasta se poate datora suprastimulării emoționale, ceea ce concordă cu concluziile studiilor asupra schizofrenilor proveniți din familii intens emoționale (vezi capitolul 5).

Analiza ego-ului. Teoreticieni precum Karen Horney, Arma Freud și Erik Erikson pun accent pe forța ego-ului (ca și a id-ului) și sugerează că aceasta poate fi o explicație a rolului activ al indivizilor în controlarea mediului. Terapeuții încearcă să ajute clientul să cunoască funcțiile propriului ego (un set de scopuri conștiente și abilități care pot controla id-ul și mediul) și să selecteze căile optime pentru a se schimba; astfel va putea interacționa cât mai avantajos și adecvat cu mediul.

Terapia prin joc este o aplicare a psihanalizei la nivelul copiilor, care nu pot - sau nu doresc - să-și verbalizeze problemele. Copilul își va releva problemele într-un *mediu securizant* - camera de joacă - unde va fi observat de terapeut. Acesta nu va critica copilul și nu-i va întrerupe jocul, oricât de bizar ar fi acesta. Pe baza observațiilor sale, terapeutul va decide asupra cauzelor problemelor copilului.

Separat de acest proces analitic, copilul va avea posibilitatea să acționeze asupra propriilor probleme, să se răzbune pe păpușă (în loc de părinte sau frate), să exploreze, să caute consolare sau să rezolve propriile dificultăți emoționale. Aceasta este, pentru copil, o ocazie de *a regresa* către stadiile timpurii de dezvoltare; el re trăiește experiențele din unica copilărie, putând ajunge la o concluzie satisfăcătoare.

Axline, în lucrarea sa, *Dibs: în căutarea sinelui (Dibis: in Search of Self)* (1964) descrie admirabil o versiune a terapiei prin joc.

Aprecieri asupra terapiilor psihanalitice

Toate terapiile psihanalitice pleacă de la ideea că individul (clientul) nu este conștient de motivele acțiunilor sale; acestea se originează în inconștient. Fricile și reprimările din copilărie sunt explorate astfel încât să poată fi raționalizate de ego"-ul adultului; înțelegerea originilor problemelor reprezintă începutul vindecării. Există unele probleme de validare legate de teoria psihanalitică (vezi capitolul 3), care se reflectă asupra terapiilor prin înțelegere (insight). Cum pot fi măsurate cu acuratețe conflictele interne ego-id? Cine evaluează îmbunătățirea - clientul, prin declarațiile sale sau terapeutul, prin alte metode? (pentru o discuție mai detaliată a acestei probleme, vezi paragraful 6.6).

Autoevaluare

1. Care sunt principiile fundamentale și ideile de bază de la care pleacă terapiile psihanalitice?
2. Prin ce diferă analiza ego-ului de psihanaliza clasică?
3. Care sunt criticile aduse terapiilor psihanalitice?

6.5. TERAPII UMANISTE ȘI EXISTENȚIALE

Acesta este un grup larg de terapii care au unele caracteristici comune, ele sunt orientate către înțelegere (insight), asemenea terapiilor psihanalitice, considerând că problemele pot fi rezolvate optim prin creșterea nivelului de conștientizare a individului asupra propriilor nevoi și motivații. Aceste terapii au o mare încredere în libertatea de alegere a individului, clienții sunt ajutați să descopere propria alegere și sunt încurajați să acționeze în consecință. Deși trecutul poate fi cunoscut, terapiile de acest tip sunt interesate de prezent. Umaniștii promovează unicitatea individului, două cazuri nu pot fi identice,

228 Diferențe interindividuale

pentru că fiecare este o combinație unică de circumstanțe, caracteristici și experiențe; aceasta se numește fenomenologie.

a) **Terapia centrată pe client a lui Rogers** (vezi capitolul 2 pentru descrierea teoriei lui Rogers). Accentul se pune pe voința liberă a individului; dar Rogers sugerează că libertatea este un dar care cere curaj pentru a putea fi folosit. Terapeutul ajută clientul printr-o înțelegere **empatică corectă**, privind lumea prin ochii acestuia și înțelegând sentimentele din perspectiva fenomenologică a acestuia. Sinceritatea terapeutului este esențială; Rogers sugerează ca terapeutul care nu se poate relaționa autentic cu clientul să-i recomande acestuia un alt terapeut. Terapeutul, prin autodezvăluirea sinceră, oferă clientului un model. *

Terapia lui Carl Rogers este non-directivă; clientului i se oferă încurajare și suport într-un mediu securizant, pentru ca acesta să găsească soluțiile și să aleagă acțiunile optime. Terapeutul oferă clientului **apreciere pozitivă necondiționată**, pentru a-i ușura cunoașterea de sine și învățarea strategiilor de rezolvare a propriilor probleme. Învățarea poate fi inhibată în cazul în care clientul simte că aprobarea celorlalți trebuie constant întreținută.

Posibila discordanță dintre „sinele perceput” și „sinele ideal” poate fi investigată, în cursul terapiei, prin intermediul tehnicii de sortare Q (v. §.2.4.).

Rogers afirmă că **realizarea sinelui** este principala motivație umană și că oamenii se nasc buni. Aceste afirmații au fost puse la îndoială de o serie de critici.

b) **Terapia de grup**. Începuturile terapiei de grup au fost făcute de Rogers - **participanții** (termen care l-a înlocuit pe cel de clienți) sunt încurajați, de către un **moderator** să dărâme barierele și să vorbească despre emoțiile și problemele lor. Interacțiunea liberă și răspunsurile celorlalți oferă o nouă perspectivă și promovează realizarea sinelui. Unii autori (de exemplu, Rogers, 1970) declară că grupul este eficient pentru facilitarea schimbărilor pozitive; există și alți autori care sunt de părere că terapia de grup poate precipita tulburările psihologice (Lieberman și colab, 1973).

c) *Gestalt Terapia* a fost elaborată de Fritz Perls care, ca și Rogers, considera că oamenii au o bunătate înăscută, care încearcă să se exprime. Această terapie pleacă de la ideea că individul se raportează, în orice situație, la propriile nevoi și motivații. Terapia se concentrează pe „*aici și acum*” și nu pe trecutul clientului. Sunt folosite tehnici variate, ca cea a „scaunului gol” în care clientul este încurajat să vorbească cu persoana pe care și-o imaginează în scaun. Perls crede că traumele nerezolvate din trecut afectează noile relații și că trebuie găsite soluții acestor probleme. Clientul este constrâns, dacă e nevoie, să devină conștient de problemele sale și să ia măsuri. Scopul acestei terapii este să ajute clientul să cunoască toate fațetele sale.

d) *Analiza tranzațională*. Eric Berne (1968) consideră că personalitatea este formată din *trei stări ale ego-ului*: părinte, adult și copil. Aceste stări se pot identifica în jocul de rol, în care clientul și terapeutul desfășoară tranzații personale sau interacțiuni cu ceilalți. Fiecare persoană comunică folosind starea de părinte, adult sau copil. Dacă această stare nu este recunoscută de partener, intervin neînțelegeri (deoarece comunicăm și altfel decât verbal). Berne a identificat o serie de mijloace prin care indivizii folosesc aceste strategii și interacțiuni în mod distructiv, odată înțelese, acestea se pot schimba și pot fi folosite de individ pentru a-și controla mai bine viața.

Aprecieri asupra terapiilor umaniste

Rogers a avut o orientare instrumentală, încurajând studiile evaluative asupra terapiilor de înțelegere (insight), dar aceasta presupune unele dificultăți metodologice. El a utilizat tehnica de sortare Q, elaborată inițial de Stephenson (1953), cu scopul de a ajuta clientul să evalueze cât mai corect autopercepțiile, având în vedere posibila discordanță între sinele perceput și cel ideal („ce cred că sunt” și „ce cred că ar trebui să fie”). Această tehnică poate fi folosită pentru a

230 Diferențe interindividuale

evalua rezultatele în timpul și în urma terapiei. Există unele dubii asupra obiectivității autoevaluării.

S-a sugerat că personalitatea și căldura terapeutului pot influența mult mai mult tratamentul decât oricare altă tehnică specifică. Parloff și colab. (1978) au descoperit că rezultatele pozitive nu sunt neapărat legate de sinceritatea și empatia terapeutului, așa cum s-a crezut.

Din terapiile umaniste au derivat multe tehnici de grup, nu numai pentru a economisi timpul terapeutului, ci și pentru că individul poate învăța mai mult din opiniile celorlalți. De asemenea, clientul poate respinge o concluzie a terapeutului, dar dacă membrii grupului ajung la aceeași concluzie, aceasta este mai greu de respins.

Autoevaluare

1. Care sunt caracteristicile comune ale terapiilor umaniste?
2. Descrieți terapia lui Rogers.
3. Prin ce diferă terapia lui Rogers de celelalte terapii?
4. Apreciați avantajele și dezavantajele terapiilor umaniste.

6.6. EFICIENȚA TRATAMENTULUI

Cititorul s-ar putea întreba, în această parte a lucrării noastre, care este cel mai bun tratament? Care tratament poate „vindeca”? Dar, tratamentul bolilor psihice nu poate fi apreciat în termeni atât de clari. De exemplu, se poate afirma că penicilina este cel mai bun tratament pentru o infecție a gâtului sau aparatul gipsat pentru o fractură; este evident inutilă inversarea acestui tratament. Însă, aceeași terapie poate fi uneori eficientă, alteori ineficientă pentru, aparent, aceeași tulburare psihică, deoarece nu există cazuri identice.

Conceptul de „vindecare”

O altă problemă impusă de întrebările anterioare este ideea de „vindecare”. Cum se poate determina „vindecarea” unui pacient (client) de o tulburare psihică? Poate decide pacientul asupra „vindecării” sale? Poate un terapeut să evalueze „vindecarea”? Și dacă da, un al doilea terapeut consultat va fi de aceeași părere cu primul?

În primul rând, trebuie să stabilim ce se poate înțelege prin vindecare. Behavioriștii se referă la îndepărtarea comportamentului aberant; *îndepărtarea simpiomelor* reprezintă vindecarea tulburării. Dacă sociofobicul poate intra în societate, dacă arahnofobicul nu mai fuge și nu mai țipă când vede un păianjen, atunci terapeutul behaviorist îi consideră vindecați. Comportamentul manifest poate fi observat și măsurat. Dar pentru cât timp aceasta este o vindecare pentru toată viața?

Dacă pacientul necesită din nou tratament, peste un an sau doi, manifestând simptome asemănătoare problemei anterioare, este un caz de *substituire de simptom*. Se poate argumenta că, la primul tratament, pacientul nu a fost într-adevăr vindecat, problemele lui ieșind, din nou, la suprafață, în următoarea perioadă de criză. **Beech (1972)** afirma că substituirea de simptome este relativ rară.

Terapiile psihanalitice încearcă să descopere *problema de profunzime*; pacientul își poate rezolva problema dacă o recunoaște. În ce măsură se realizează acest lucru, este dificil de apreciat. Măsurarea conflictelor id-ego este imposibilă, chiar dacă realitatea acestora este acceptată. Testele proiective, care își propun să măsoare conflictele interne, sunt supuse, prin scorificare, subiectivității (de exemplu, Rorschach, v. §.3.3). Multe dintre terapiile de înțelegere (insight) nu sunt potrivite pacienților cu tulburări psihice severe, care nu pot avea înțelegere (insight). Tratamentele somatice, ca și terapiile comportamentale, consideră înlăturarea simptomului sau modificarea comportamentului ca un semn de vindecare.

Evaluarea oricărei cercetări poate fi disturbată de efectul „*bună ziua-la revedere*”. Când un pacient sau client începe tratamentul

tendința de a-și exagera problema și nefericirea, pentru a arăta câtă nevoie are de ajutor. La sfârșitul terapiei, el poate exagera senzația de „stare de bine”, pentru a-și arăta aprecierea față de terapeut sau pentru a se convinge că nu a cheltuit inutil timp și bani. În plus, apare și fenomenul de **remisie spontană**; Bergin și Lambert (1978) relatează că 30% până la 60%) dintre pacienți declară că „se simt mai bine” fără a beneficia de tratament. Schizofrenia, în special, se supune regulii „celor trei”: primul se simte mai bine fără tratament, al doilea se simte mai bine în urma tratamentului, al treilea nu va înregistra îmbunătățiri niciodată. Pacienții sau clienții aflați în terapie, dar care manifestă o remisie spontană, sunt incluși în statistici ca fiind externați sau vindecați.

O comparație între terapii

O serie de studii au comparat terapiile comportamentale cu cele de tip înțelegere (insight). Rezultatele au înregistrat diferențe foarte mici între aceste terapii sub aspectul eficienței (Sloarie și colab., 1975; Berman și colab., 1985). Aceasta se poate datora faptului că terapiile specifice se adresează anumitor tulburări, având, astfel, șanse maxime de succes. De exemplu, modelarea și desensibilizarea sistematică au succes frecvent în tratarea fobiilor, în timp ce terapiile psihanalitice nu au succes; acestea din urmă sunt mult mai eficiente pentru problemele care cer înțelegerea sinelui. Terapiile comportamentale și cele cognitiv-comportamentale sunt utilizate pentru a modifica aspectele specifice ale comportamentului unui individ. Nici una dintre terapii nu are succes, utilizată singură, în tratarea schizofreniei sau a tulburării maniaco-depresive; totuși, utilizarea lor în asocieră cu chimioterapia poate avea rezultat, mai ales în rezolvarea problemelor cotidiene.

Studii cu privire la rezultatele terapiilor

Eysenck (1952) a trecut în revistă 5 studii cu privire la eficiența psihanalizei și 19 studii asupra terapiilor electrice (terapii mixte, precum asocierea modificării comportamentului cu alte tehnici terapeutice). El a concluzionat că doar 44% din pacienții psihanalizați au înregistrat îmbunătățiri; față de 64% din pacienții tratați eclectic. Dar **Bergin (1971)** a reluat aceleași studii și a descoperit că, utilizând alte criterii de „îmbunătățire”, rata de succes a psihanalizei creștea la 83%. Deci, așa cum am arătat deja, totul depinde de definirea conceptului de vindecare.

Smith și Glass (1977) au revăzut 400 de studii cu privire la o mare varietate de terapii și au concluzionat că aplicarea oricărei terapii are rezultate într-o măsură mai mare decât reaplicarea unei terapii. Smith și colab. (1980) au realizat o *meta-analiză* a 475 de studii, care comparau un grup supus terapiei cu un grup de control, nesupus unei terapii. Ei au descoperit că, în medie, pacienții supuși unei terapii au înregistrat îmbunătățiri mai semnificative decât 80% dintre subiecții grupului de control. Acestor rezultate li se pot aduce obiecții, având în vedere varietatea de criterii utilizate, ceea ce constituie o problemă metodologică a meta-analizei.

Shapiro (1983) remarcă faptul că studiile cu privire la rezultatele terapiilor pot indica similitudini, nu doar pentru că sunt selectate terapiile adecvate pentru un grup particular de pacienți, clienți, ci și datorită caracteristicilor comune ale terapeuților: relația suportivă cu clientul, căldura oferită, expectanțele de îmbunătățire.

Considerații evaluative

Definiția „vindecării” tulburărilor psihice rămâne o problemă deschisă discuției. Dacă scopul terapiei este să-l facă pe client să se simtă mai confortabil cu sine, atunci clientul poate oferi criteriile sale de evaluare. Dacă scopul este de a face societatea să se simtă confortabil raportat la client, atunci trebuie realizate alte criterii.

234 Diferențe interindividuale

Nici o terapie nu s-a dovedit superioară, raportată la toate tulburările psihice, terapia trebuie aleasă în funcție de problemele clientului. În plus, dacă relația terapeut-client este privită ca un element important pentru succes, este necesar „respectul mutual și înțelegerea reciprocă” (Rogers).

Autoevaluare

1. Care sunt problemele legate de luarea deciziei de „vindecare” a unei tulburări psihice?
2. De ce este dificilă comparația directă a eficienței unor terapii?
3. Care este tratamentul cel mai eficient pentru o anumită tulburare psihică?

6.7. INSTITUȚIONALIZAREA SAU DEZINSTITUȚIONALIZARE?

Introducere

Rămânerea unui individ la domiciliu (dacă are unul) sau internarea lui într-o instituție, pentru tratament, este un subiect de discuție. Până acum puțin timp, instituționalizarea era considerată cea mai bună alegere pentru tulburările psihice, inclusiv pentru handicapul mintal. Dar „cea mai bună” soluție pentru cine? - pentru pacient, familie sau societate? La ora actuală, există un curent puternic care susține păstrarea pacientului la domiciliu. Această ultimă parte a lucrării noastre examinează, pe scurt, câțiva factori implicați în această decizie.

Îngrijirea la domiciliu

Majoritatea pacienților cu boli psihice sau retardați mintal trăiesc în casele lor. Unii necesită spitalizare pentru o perioadă scurtă de timp, pentru a beneficia de tratamente specifice sau pentru a elibera familia. Se încearcă ca pacientul să se întoarcă cât mai curând acasă, într-o atmosferă de normalitate. Totuși, acest lucru nu este întotdeauna posibil: dacă indivizii respectivi produc perturbări grave în viața familiei sau dacă problema este agravată chiar de familie, sunt necesare soluții alternative.

Azilul

Cuvântul azil are semnificație de refugiu: primele aziluri erau mai mult închisori decât refugii, în care oamenii erau ținuti în lanțuri. Primele tratamentele folosite, precum tranchilizarea și imobilizarea în scaun sau în pat, erau destinate să limiteze capacitățile fizice ale pacientului și input-ul senzorial. În absența unei medicații specifice, aceste metode încercau să calmeze crizele pacientului. Tratamentele cu băi reci au fost folosite până la începutul acestui secol. începând cu anul 1792, *Philippe Pinel*, în Franța, a eliberat pacienții din lanțuri și le-a oferit un mediu mai umanizant. Urmând acest model, s-au dezvoltat mai multe stabilimente și au început să fie puse la punct tratamentele. Privind la primele aziluri înființate, trebuie să ne amintim că locuințele majorității populației din acea perioadă ar fi considerate astăzi inacceptabile.

Instituțiile

Perioada victoriană a adus construcția de mari instituții pentru bolnavii psihici și retardați mintal. Inițial, aceste categorii erau ținute împreună, dar, treptat, s-au făcut unele diferențieri, după ce s-au introdus clasificările și diagnosticarea.

Vechile instituții adăposteau Sute de pacienți; de obicei, erau plasate la mare depărtare de orașe, pentru a nu ofensa sensibilitatea oamenilor „normali”. Efectul a fost că un comportament acceptabil era definit, în fiecare instituție, în funcție de pacienții acesteia. Gele mai multe instituții funcționau ca o comunitate, încercând să se autoîntrețină (cultivarea cerealelor sau creșterea animalelor, cu ajutorul pacienților). S-ar putea spune că aceste instituții aveau puncte negative, dar și puncte pozitive. Pacienții beneficiau, întotdeauna, de compania celorlalți, chiar dacă nu se putea numi prietenie.

Dezinstituționalizarea și noua închisoare

Apariția noilor metode de tratament, de exemplu chimioterapia pentru supravegherea de durată a tulburărilor, a însemnat că mulți pacienți, deși ar fi putut trăi în societate, au rămas internați în instituții. Viața în societate era posibilă doar dacă pacientul avea familie sau prieteni dispuși să-i asiste și să-i sprijine reabilitarea. Treptat, ideea unor cămine de acomodare sau case comunitare s-a dezvoltat tot mai mult, iar pacienții au fost mutați din vechile instituții „mamut”, în cămine sau case familiale. Uneori, acestea sunt conduse de foști pacienți, alții de asistenți (angajați permanent sau temporar).

Probleme legate de dezinstituționalizare

Curentul dezinstituționalizării nu este lipsit de probleme. Deși majoritatea oamenilor sunt de acord cu ideea că pacienții psihici nu ar trebui ținuti în instituții dacă pot trăi în comunitate, în propria casă, în case de tip familial sau în cămine, există deseori persoane care se opun în legătură cu plasarea acestor case (vezi sindromul, „nu lângă grădina mea!”).

Ignoranța unei părți a publicului, legată de tulburările psihice, determină cele mai multe opoziții. Până când oamenii nu realizează că

acești indivizi nu o să-i fure, n-o să-i uciă, n-o să le înspăimânte copiii, prejudecățile lor persistă. Este necesară o largă popularizare și informare pentru a rezolva aceste probleme.

Pregătirea momentului dezinstituționalizării trebuie să se adreseze direct pacienților. Oferirea unui cămin și mutarea pacienților din spital direct în acest cămin nu este o strategie de succes.

Trebuie avută în vedere **educarea** sau re-educarea unor deprinderi legate de cumpărători, pregătirea hranei, curățenie, igienă. Este necesară și **terapia comportamentală**, pentru ca acele comportamente acceptate în instituție să fie acceptate și în societatea reală. Trebuie oferite **facilități**, precum centrele de zi, atelierele protejate sau plasarea în muncă, pentru a evita lipsa de activitate a foștilor pacienți sau vagabondajul lor.

Autoritățile realizează, acum, că externarea pacienților nu este una dintre cele mai ieftine opțiuni. Casele de tip familial sau comunitar sunt preferabile pentru pacienți, dar trebuie luați în considerare o serie de factori și facilități. Altfel, pacienții se vor întoarce în instituție pentru un nou tratament.

. 1

Reacții la dezinstituționalizare

Autoritățile au răspuns diferit la proiectul caselor comunitare, în 1987, de exemplu, autoritățile de sănătate din Southampton au oferit 250 de case, care au funcționat cu succes, locuitorii acestora beneficiind și de o serie de facilități. La Portsmouth, un oraș similar ca dimensiuni, au fost oferite doar 50 de case, cu unele lipsuri în ceea ce privește facilitățile.

Conform statisticilor elaborate de Departamentul de sănătate din Marea Britanie, în 1985, existau 74 837 de paturi disponibile, ca și personal de îngrijire, pentru bolnavii mintal, față de 55 000 în 1990-1991. Numărul pacienților cu boli psihice, internați, în 1990-1991, era de 48 700, la care se adăugau locurile din casele private sau comunitare, de 12 487, față de 8355 din 1985.

238 Diferențe interindividuale

Departamentul de sănătate declară: „deși numărul paturilor oferite pentru bolnavii pe termen lung scade constant, cu o rată medie de 2500/an, această reducere este compensată de o creștere substanțială a serviciilor comunitare”. Cititorul a observat că, din statisticile citate, rezultă că în 1985, erau valabile 83 172 de paturi, dar numai 62 487 în 1990-1991. Se poate presupune fie că a crescut numărul bolnavilor psihic care trăiesc în comunitate, fie că a scăzut incidența acestor tulburări - sau poate a crescut numărul celor care locuiesc pe stradă, în cutii de carton.

Statisticile referitoare la handicapul mintal nu sunt disponibile din aceleași surse, datorită complexității problemei. Înregistrările pot fi incomplete - există persoane care au trăit și au fost îngrijite întotdeauna acasă.

Rezumat

Îngrijirea pacienților acasă sau în instituție depinde de severitatea tulburărilor lor, de tratamentul recomandat și de capacitatea familiei de a oferi suport. Curentul de dezinstituționalizare a celor care suferă de tulburări psihice este un progres, dar nu este o alternativă ieftină a instituționalizării. Casele de tip familial și centrele de zi s-au dovedit mai costisitoare decât instituțiile, dar oferă o atmosferă de normalitate și permit creșterea respectului de sine al individului - în fond, cel care primează este interesul pacientului. Este posibilă vinderea vechilor instituții pentru a obține mijloace suplimentare de întreținere a proiectului dezinstituționalizării. În plus, este necesară o supraveghere atentă pentru a putea acorda asistență tuturor celor care o cer.

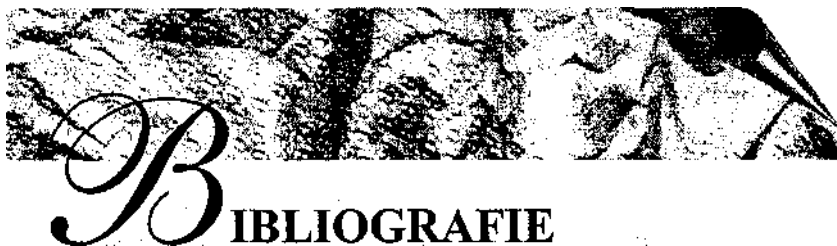
Întotdeauna va fi necesară acomodarea pacienților la viața comunității, da și instituționalizarea, chiar pe scurtă durată, pentru rezolvarea unor probleme acute sau pentru eliberarea temporară a familiei.

Autoevaluare

1. Care sunt formele de acomodare la viața comunității (dezinstituționalizare) pentru persoanele cu tulburări psihice?
2. Care sunt elementele necesare acomodării, pe lângă oferirea unei locuințe?
3. Care sunt avantajele și problemele legate de dezinstituționalizare?
4. Cum se poate hotărî plasarea adecvată a unui bolnav psihic?

LECTURI SUPLIMENTARE

- V. Axline, *Dibs: in Search of Self* (Harmondworth: Penguin, 1964).
A.T. Bech and G. Emery, *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective* (New York: Basic Books, 1985).
C. Rogers, *On Becoming a Person* (Boston: Houghton Mifflin, 1961).



BIBLIOGRAFIE

- Abrams, R. (1975) 'What's new in convulsive therapy?', in Arieti, S. and Chrzanowski, G. (eds), *New Dimensions in Psychiatry* (New York: Wiley).
- Agras, S., Sylvester, D. and Oliveau, D. (1969) 'The epidemiology of common fears and phobias', unpublished manuscript.
- Allen, M.G. (1976) 'Twin studies of affective illness', *Archives of General Psychiatry*, 33 1476-8.
- Allport, G.W. (1937) *Personality: A Psychological Interpretation* (New York: Holt, Rinehart and Winston)
- Allport, G.W. (1965) *Letters from Jenny* (New York: Harcourt, Brace and World).
- Allport, G.W. and Odbert, H.S. (1936) 'Trait names: a psycho-lexical study', *Psychological Monographs: General and Applied*, 47 (whole no. 211).
- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edn revised) (Washington, DC: American Psychiatric Association).
- Anastasi, A. (1958) in R.M. Lerner (1986) *Concepts and Theories in Human Development*, 2nd edn (New York: Random House).
- Atkinson, J.W. and Feather, N.T. (1966) *A Theory of Achievement Motivation* (New York: Wiley).
- Bailey, C.L. (1979) 'Mental illness - a logical misrepresentation', *Nursing Times*, May, 761-2.
- Bandura, A. (1965) 'Influence of model's reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses', *Journal of Personality and Social Psychology*, 1 589-95.

- Bandura, A. (1969) *Phnciples of Behaviour Modification* (London: Hoit, Rinehart and Winston).
- Bandura, A. Blanchard, E.B. and Ritter, B. (1969) 'Relative efficacy of desensitization and modelling approaches for inducing behavioural, affective and attitudinal changes', *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 173-99.
- Bannister, D., Salmon, P. and Lieberman, D. (1964) 'Diagnosis-treatment — relationships in psychiatry: a statistical analysis', *British Journal of Psychiatry*, 110, 726-32.
- Barahal, H. (1958) '1000 prefrontal lobotomies: five to ten year follow-up study', *Psychiatric Quarterly*, 32, 653-78.
- Barratt, C.L. (1969) 'Systematic desensitisation versus implosive therapy', *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 587-92.
- Barrett, P.T. and Kline, P. (1982) 'The itemetric properties of the Eysenck personality questionnaire: a reply to Helmes', *Personality and Individual Differences*, 3, 73-80.
- Basmajian, J.V. (1977) 'Learned control of single motor units', in Schwartz, G.E. and Beatry, J. (eds) *Biofeedback: Theory and Research* (New York: Academic Press).
- Bayley, N. 'Development of mental abilities' in Mussen, P.H. (ed.) *Carmichael's Manuel of Child Psychology*, voi. 1, 3rd edn (New York: Witley), 163-209.
- Beck, S.J. (1952) *Rorschach's Test*, voi. 3: *Advances in Interpretation* (New York: Grune and Strarton).
- Beck, A.T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. and Erbaugh, J. (1962) 'Reliability of psychiatric diagnosis: II. A study of consistency of clinical judgements and ratings', *American Journal of Psychiatry*, 119, 351-7.
- Beck, A. and Emery, G. (1985) *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective* (New York: Basic Books).
- Bee, H. (1989) *The Developing Child* (New York: Harper and Row).
- Beech, H.R., Watts, Frazer and Desmond Poole (1972) 'Classical conditioning of sexual deviation: a preliminary note', *Behaviour Therapy*, 2, 233-9.
- Bem, D.J. (1983) 'Constructing a theory of the triple typology: some (second) thoughts on nomothetic and idiographic approaches to personality', *Journal of Personality*, 51, 566-77.
- Bem, D.J. and Allen, A. (1974) 'On predicting some of the people some of the time: the search for cross-situational consistencies in behaviour',

- Psychological Review*, 81, 506-20.
- Bergin, A. (1971) 'The evaluation of therapeutic outcomes', in Garfield, S.L. and Bergin, A. (eds), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change: An Empirical Analysis* (New York: Wiley).
- Bergin, A. and Lambert, M. (1978) 'The evaluation of therapeutic outcomes', in Garfield, S.L. and Bergin, A. (eds), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change: An Empirical Analysis* (2nd edn) (New York: Wiley).
- Berne, E. (1968) *Games People Play* (Harmondsworth: Penguin).
- Bernstein, D. and Nietzel, M. (1980) *Introduction to Clinical Psychology* (New York: McGraw-Hill).
- Binet, A. and Simon, T. (1905) 'Methodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux', *L'Annee Psychologique*, 11, 191-244.
- Birch, A. and Malim, A. (1988) *Developmental Psychology. from Infancy to Adulthood* (Basingstoke: Macmillan).
- Blaney, P. (1975) 'Implications of the medical model and its alternatives', *American Journal of Psychiatry*, 132, 911-14.
- Blanchard, E.B., Miller, S.T., Abel, G., Haynes, M. and Wicker, R. (1979) 'Evaluation of biofeedback in the treatment of borderline essential hypertension', *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 12, 99-109.
- Blinkhorn, S.F. and Hendrickson, D.E. (1982) 'Average evoked responses and psychometric intelligence', *Nature*, **295**, 596-7.
- Bliss, E.L. (1980) 'Multiple personalities: a report of 14 cases with implications for schizophrenia and hysteria', *Archives of General Psychiatry*, 37, 1388-97.
- Block, J. (1961/78) *The Q-sort Method in Personality Assessment and Psychiatric Research* (Palo Alto: Consulting Psychologists Press).
- Block, J. (1971) *Lives Through Time* (Berkeley, California: Bancroft Books).
- Block, J. (1981) 'Some enduring and consequential structures of personality', in Rabin, A.I., Aronoff, J., Barclay A.M. and Zucker, R.A. (eds), *Further Explorations in Personality* (New York: Wiley).
- Blum, G.S. (1949) 'A study of the psychoanalytic theory of psychosexual development', *Genet. Psychol. Monogr.*, 39, 3-99.
- Bodmer, W.F. (1972) 'Race and IQ: the genetic background', in Richardson, K. and Spears, D. (eds), *Race, Culture and Intelligence* (Harmondsworth Middlesex: Penguin).
- Booth, T. (1975) *Growing up in Society* (London: Methuen).
- Bouchard, T.J. and McGue, M. (1981) 'Familial studies of intelligence: a review', *Science*, **22** 1055-9.

- Bowers, K.S. (1973) 'Situationism in psychology: an analysis and critique', *Psychological Review*, 80 pp. 307-36.
- Briggs, K.C. and Myers, I.B. (1962) *The Myers-Briggs Type Indicator* (Manual) (ETS Princeton).
- Brown, G.W., Bone, M., Dalison, B. and Wing, J.K. (1966) *Schizophrenia and Social Care* (London: Oxford University Press).
- Browne, J.A. and Howarth, E. (1977) 'A comprehensive factor analysis of personality questionnaire items: a test of twenty putative factor hypotheses', *Multivariate Behavioural Research*, 12, 399-427.
- Bruner, J.S. (1956) 'You are your constructs', *Contemporary Psychology*, 1, 355-6.
- Bruner, J. (1966) *Towards a Theory of Instruction* (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press).
- Burks, B.S. (1928) 'The relative influence of nature and nurture upon mental development: A comparative study of foster parent-foster child resemblance and true parent-true child resemblance', *Yearbook of the National Society for the Study of Education*, 27, 219-316.
- Burt, C. (1955) 'The evidence for the concept of intelligence', *British Journal of Educational Psychology*, 25, 158-77.
- Burt, C. (1966) 'The genetic determination of intelligence: a study of monozygotic twins reared together and apart' *British Journal of Psychology*, 57, 137-53.
- Cattell, R.B. (1947) 'Confirmation and clarification of primary personality factors', *Psychometrika*, 12, 197-220.
- Cattell, R.B. (1965) *The Scientific Analysis of Personality* (Harmondsworth, Penguin).
- Cattell, R.B. (1973) *Personality and Mood by Questionnaire* (San Francisco: Jossey-Bass).
- Cattell, R.B., Eber, H.W. and Tatsnoka, M. (1970) *Handbook for Sixteen Personality Factor Questionnaire* (Champaign, Ill., Institute for Personality and Ability Testing).
- Cattell, R.B. and Kline, P. (1977) *The Scientific Analysis of Personality and Motivation* (New York: Academic Press).
- Chaplin, W.F. and Goldberg, L.R. (1984) 'A failure to replicate the Bem and Allen study of individual differences in cross-situational consistency', *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1074-90.
- Chickering, A.W. (1976) 'The double-bind of field dependence/independence in program alternatives for educational development', in Messick, S.,

- Individuality in Learning* (San Francisco: Jossey-Bass).
- Child, I.L. (1968) 'Personality in culture', in Borgatta, E.F. and Lambert, W.W. (eds), *Handbook of Personality Theory and Research* (Chicago: Rand McNally).
- Chipeur, H.M., Rovine, M.J. and Plomin, R. (1989, June) 'Lisrel Modeling: genetic and environmental influences on IQ revisited'. Presented at the Annual Meeting of the Behavior Genetics Association, Charlottesville, VA.
- Clare, A. (1980) *Psychiatry in Dissent* (London: Tavistock).
- Cleckley, J. (1976) *The Mask of Sanity* (5th edn) (St Louis: Mosby).
- Cochrane, R. (1974) 'Crime and personality: theory and evidence', *Bulletin of the British Psychological Society*, 27, 19-22.
- Cooper, J.E., Kendall, R., Gurland, B., Sharple, L., Copeland, J. and Simon, R. (1972) 'Psychiatric diagnosis in New York and London', *Maudsley Monograph no. 20* (London: Oxford University Press).
- Coyle, J., Price, D. and DeLong, M. (1983) 'Alzheimer's disease: a disorder of cortical cholinergic innervation', *Science*, 219, 1184-90.
- Cronbach, L.J. and Snow, R.E. (1977) *Aptitudes and Instructional Methods: A Handbook for Research on Interactions* (New York: Irvington).
- Cummings, J. and Benson, D. (1983) *Dementia: a Clinical Approach* (Woburn, Mass.: Butterworth).
- Darlington, R.B. (1986) 'Long-term effects of preschool programs', in U. Neisser (ed.), *The School Achievement of Minority Children* (Hillsdale, NJ: Erlbaum).
- Davidson, J.E. and Sternberg, R.J. (1984) 'The role of insight in intellectual giftedness', *Gifted Child Quarterly*, 28, 58-64.
- DeMyer, M. (1975) 'The nature of the neuropsychological disability of autistic children', *Journal of Autism and childhood Schizophrenia*, 5, 109-27.
- Diamant, C. and Wilson, G.T. (1975) 'An experimental investigation of the effects of covert sensitisation in an analogue eating situation', *Behaviour Therapy*, 6, 499-509.
- Digman, J.M. and Inouye, J. (1986) 'Further specification of the five robust factors of personality', *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 50, pp. 116-23.
- Drake, R.D. and Soderer, L.I. (1986), 'The adverse effects of intensive treatment of chronic schizophrenia', *Comprehensive Psychiatry*, 27, 313-26.
- Edmunds, G. and Kendrick, D.C. (1980) *The Measurement of Human*

- Aggressiveness* (Chichester: Ellis Horwood).
- Egeland, J.A., Gerhard, D., Pauls, D., Sussex, J., Kidd, K., Allen, C., Hostetter, A. and Housman, D. (1987) 'Bipolar affective disorders linked to DNA markers on chromosome 11', *Nature*, 325, 783—7.
- Elliott, C., Murray, D.J. and Pearson, L.S. (1983) *The British Ability Scales* (rev. edn) (Windsor: Nelson-NFER).
- Ellis, A. (1984) 'Rational-emotive therapy', in R.J. Corsini (ed.), *Current Psychotherapies* (3rd edn) (Itasca IU: Peacock Press).
- Emmelkamp, P. and Wessels, H. (1975) 'Flooding in imagination versus flooding in vivo: a comparison with agoraphobics', *Behaviour Research and Therapy*, 13, 7-15.
- Endicott, J., Nea, J., Fleiss, J., Cohen, J., Williams, J.B. and Simon, R. (1982) 'Diagnostic criteria for schizophrenia: reliability and agreement between systems', *Archives of General Psychiatry*, 39, 884-9.
- Endicott, J. and Spitzer, R.L. (1978) 'A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia', *Archives of General Psychiatry*, 35, 837-44.
- Erikson E. (1963) *Childhood and Society* (New York: Norton).
- Ertl, J.P. (1971) 'Fourier analysis of evoked potentials and human intelligence', *Nature*, 230, 525-6.
- Ertl, J.P. and Schafer, E.W.P. (1969) 'Brain response correlates of psychometric intelligence', *Nature*, 223, 421-2.
- Estes, W.K. (1982) 'Learning, memory and intelligence', in Sternberg, R.J., *Handbook of Human Intelligence* (Cambridge: Cambridge University Press).
- Eysenck, H.J. (1947) *Dimensions of Personality* (London: Routledge and Kegan Paul).
- Eysenck, H.J. (1952) 'The effects of psychotherapy: an evaluation', *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-24.
- Eysenck, H.J. (1959) 'The Rorschach Test', in Buros O.K. (ed.), *The V Mental Measurement Year Book* (New Jersey: Gryphon Press).
- Eysenck, H.J. (1964) *Crime and Personality* (London: Routledge and Kegan Paul).
- Eysenck, H.J. (1986) 'The theory of intelligence and the psychophysiology of cognition', in Sternberg, R.J. (ed.) *Advances in the Psychology of Human Intelligence*, voi. 3, 1-34 (Hillsdale, NJ: Erlbaum).
- Eysenck, H.J. and Eysenck M.W. (1985) *Personality and Individual Differences: a Natural Science Approach* (New York: Plenum Press).

- Eysenck, H.J. and Eysenck S.B.G. (1964) *Manual of the Eysenck Personality Inventory* (London: ULP).
- Eysenck, H.J. and Eysenck, S.B.G. (1969) *Personality Structure and Measurement* (London: Routledge and Kegan Paul).
- Eysenck, H.J. and Eysenck S.B.G. (1975) *Manual for the Eysenck Personality Questionnaire* (London: Hodder and Stoughton).
- Eysenck, H.J. and Eysenck, S.B.G. (1976) *Psychoticism as a Dimension of Personality* (London: Hodder and Stoughton).
- Eysenck, H.J. and Kamin, L.J. (1981) *Intelligence: the Battle for the Mind* (London: Macmillan).
- Eysenck, H.J. and Wilson G.D. (1973) *Experimental Studies of Freudian Theories* (London: Methuen).
- Eysenck, S.B.G. and Eysenck, H.J. (1970) 'Crime and personality: an empirical study of the three-factor theory', *British Journal of Criminology*, 10, 225-39.
- Falek, A. and Moser, H.M. (1975) 'Classification in schizophrenia', *Archives of General Psychiatry*, 32, 59-67.
- Farrington, D.P., Biron, L. and Le Blanc, M. (1982) 'Personality and delinquency in London and Montreal', in Gunn, J.C. and Farrington, D.P. (eds), *Advances in Forensic Psychiatry and Psychology* (Chichester: Wiley).
- Fisher, S. and Greenberg, R. (1977) *The Scientific Credibility of Freud's Theories and Therapy* (Brighton: Harvester Press).
- Fonagy, P. (1981) 'Experimental research in psychoanalytic theory', in Fransella, F. (ed.) *Personality* (London: Methuen).
- Fonagy, P. and Higgitt, A. (1984) *Personality Theory and Clinical Practice* (London: Methuen).
- Fontana, D. (1988) *Psychology for Teachers* (2nd edn) (Leicester/Basingstoke: British Psychological Society/Macmillan).
- Frank, B.M. and Noble, J.P. (1984) 'Field independence-dependence and cognitive restructuring', *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1129-1135.
- Franks, C.M. (1956) 'Conditioning and personality: a study of normal and neurotic subjects', *Journal of Abnormal Social Psychology*, 52, pp. 143—50.
- Franks, C.M. (1957) 'Personality factors and the rate of conditioning', *British Journal of Psychology*, 48, 119-26.
- Franks, C.M. (1984) 'Behaviour therapy with children and adolescents', in

- Wilson, G.T., Franks, C.M., Brownell, K.D. and Kendall, P.C. (eds) *Annual Review of Behaviour Therapy: Theory and Practice* (vol.9) (New York: Guilford).
- Fransella, F. (1975) *Need to Change?* (London: Methuen).
- Fransella F. (1984) 'Personal Construct Therapy', in Dryden, W. (ed.), *Individual Therapy in Britain* (London: Harper and Row).
- Fraser E.D. (1959) *Home Environment and the School* (London: University of London Press).
- Freeman F.S. (1962) *Theory and Practice of Psychological Testing* (3rd edn) (New York: Holt).
- Freud, A. (1936) *The Ego and the Mechanisms of Defence* (London: Chatto and Windus).
- Freud, S. (1923) 'The ego and the id', in *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 19 (London: Hogarth Press).
- Friedman, M. and Rosenman, R.H. (1974) *Type A Behaviour and Your Heart*. (New York: Knopf).
- Furnham A. (1981) 'Personality and activity preference', *British Journal of Social Psychology*, 20, 57-68.
- Furnham, A. (1982) 'Psychoticism, social desirability and situation selection', *Personality and Individual Differences*, 3, 43-51.
- Gale, A. (1973) individual differences: studies of extraversion and EEG', in Kline, P. (ed.), *New Approaches in Psychological Measurement*.
- Gale, A. (1981) 'EEG studies of extraversion-introversion: what's the next step' in Gibson, H.B. (ed.) *Hans Eysenck: the Man and his Work* (London: Peter Owen).
- Galin, D. and Ornstein, R. (1972) 'Lateral specialization or cognitive mode: an EEG study', *Psychophysiology*, 9, 412-18.
- Galton, F. (1869) *Heredity Genius: an inquiry into its Laws and Consequences*, 2nd edn reprinted 1978 (London: Julian Friedmann).
- Gardner, H. (1983) *Frames of Mind: the Theory of Multiple Intelligences* (London: Heinemann).
- Gardner, H. and Feldman, D. (1985) 'Project Spectrum', Annual Report submitted to the Spencer Foundation. Unpublished.
- Gardner, R.W., Jackson, D.N. and Messick, S.J. (1960) 'Personality organisation in cognitive controls and intellectual abilities', *Psychological Issues*, 2 (Monograph 8).
- Garfield, S.L., Prater, R.A. and Bergin, A.E. (1971) 'Evaluation of outcome in psychotherapy', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 37,

- 307-13.
- Gazzaniga, M.S. (1985) *The Social Brain: Discovering the Networks of the Mind* (New York: Basic).
- Ginsburg, H. (1972) *The Myth of the Deprived Child: Poor Children's Intellect and Education* (Engelwood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall).
- Gittleman-Klein, R., Klein, D., Abikoff, H., Katz, S. Gloisten, A. and Kates, W. (1976) 'Relative efficacy of methylphenidate and behaviour modification in hyperkinetic children: an interim report', *Journal of Abnormal Child Psychology*, 4, 361-79.
- Goldberg, L.R. (1981) 'Language and individual differences: the search for universals in personality lexicons', in Wheeler L. (ed.) *Review of Personality and Social Psychology*, vol. 2 pp. 141-65 (Beverly Hills: Sage).
- Goldberg, E. and Morrison, S. (1963) 'Schizophrenia and social class', *British Journal of Psychiatry*, 109, 785-802.
- Goldman-Eisler, F. (1948) 'Breast feeding and character formation', *Journal of Personality*, 17 83-103.
- Gottesman, I. and Shields, J. (1972) *Schizophrenia and Genetics: A Twin Study Vantage Point* (New York: Academic Press).
- Gottesman, I. and Shields, J. (1982) *Schizophrenia: the Epigenetic Puzzle* (New York: Cambridge University Press).
- Gould S.J. (1981) *The Mismeasure of Man* (London: Penguin).
- Gove, W.R. (1970) 'Societal reaction as an explanation of mental illness: an evaluation', *American Sociological Review*, 35, 873-84.
- Gruen, A. (1957) 'A critique and re-evaluation of Witkin's perception and perception-personality work', *Journal of General Psychology* 56, 73-93.
- Hali, C.S. and Lindzey, G. (1978) *Theories of Personality*, 3rd edn (New York: Wiley).
- Hampson, S. (1988) *The Construction of Personality: an Introduction*, 2nd edn (London: Routledge).
- Hampson, S. and Kline, P. (1977) 'Personality dimensions differentiating certain groups of abnormal offenders from non-offenders', *British Journal of Criminology*, 17, 310-31.
- Haney, C, Banks, C. and Zimbardo, P. (1973) 'Interpersonal dynamics in a simulated prison', *International Journal of Criminology and Penology*, 1, 69-97.
- Haracz, J. (1982) 'The dopamine hypothesis: an overview of studies with

- schizophrenic patients', *Schizophrenia Bulletin*, 8, 438-69.
- Hare, R.D. (1980) 'A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations', *Personality and Individual Differences*, 1, 111-19.
- Hartshorne, H. and May, M.A. (1928) *Studies in the Nature of Character, Voi. 1, Studies in Deceit* (New York: Macmillan).
- Heather, N. (1976) *Radical Perspectives in Psychology* (London: Methuen).
- Hebb, D.O. (1949) *The Organization of Behavior* (New York: Wiley).
- Heim, A. (1970a) *Intelligence and Personality - their Assessment and Relationship* (Harmondsworth: Penguin).
- Heim, A. (1970b) *The AH6 Group Tests of High Level Intelligence* (Windsor: NFER-Nelson).
- Hendrickson, D.E. and Hendrickson, A.E. (1980) 'The biological basis of individual differences in intelligence', *Personality and Individual Differences*, 1, 3-33.
- Herman, R. (1984) 'The genetic relationship between identical twins', *Early Child Development*, 16, 265-75.
- Hibbert, G. (1984) 'Hyperventilation as a cause of panic attacks', *British Medical Journal*, 288, 263-64.
- Hill, A.B. (1976) 'Methodological problems in the use of factor analysis: a critical review of the experimental evidence for the anal character', *British Journal of Medical Psychology*, 49, 145-59.
- Hirshberg, N. (1978) 'A correct treatment of traits', in London, H. (ed.), *Personality: a New Look at Metatheories* (New York: Macmillan).
- Holley, J.W. (1973) 'Rorschach Analysis', in Kline, P. (ed.) *New Approaches in Psychological Measurement* (Chichester: Wiley).
- Hollingshead, A.B. and Redlich, F.C. (1958) *Social Class and Mental Illness : A Community Study* (New York: Wiley).
- Holmes, D.S. (1974) 'Investigations of repression: differential recall of material experimentally or naturally associated with ego threat', *Psychological Bulletin*, 81, 632-53.
- Horn, J.M.; Loehlin, J.L. and Willerman, L. (1979) 'Intellectual resemblance among adoptive and biological relatives: the Texas adoption project', *Behaviour Genetics*, 9, 177-207.
- Howarth, E. (1982) 'Factor analytical examination of Kline's scales for psychoanalytic concepts', *Personality and Individual Differences*, 3, 89-92.
- Hyman B.T., Van Hoesen, G. Damasio, A. and Barnes, C.L. (1984) 'Alzheimer's disease: cell-specific pathology isolates the Hippocampal

- formation', *Science*, 225, 1168-70:
- Inglis, J. (1969) 'Electrode placement and the effect of ECT on mood and memory in depression', *Canadian Psychiatric Association Journal*, 14, 463-471.
- Insell, T., Murphy, D., Cohen, R., Alterman, L., Itts, C. and Linnoila, M. (1983) 'Obsessive compulsive disorders. A double-blind trial of clomipramine and clorgyline', *Archives of General Psychiatry*, 40, 605-12.
- Irvine, S.H. (1966) Towards a rationale for testing attainments and abilities in Africa', *British Journal of Educational Psychology*, 36, 24-32.
- Jahoda, M. (1958) *Current Concepts of Positive Mental Health* (New York: Basic Books).
- Jensen, A.R. (1969) 'How much can we boost IQ and scholastic achievement?', *Harvard Educational Review*, 39, 1-123.
- Jensen, A.R. (1981) 'The chronometry of intelligence', in Sternberg, R.J. (ed.) *Advances in Research on Intelligence*, 1 (Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum).
- Jung, C.G. (1923) *Psychological Types* (London: Routledge and Kegan Paul).
- Kahn, S., Zimmerman, G., Csikszentmihaly, M. and Getzels, J.W. (1985) 'Relations between identity in young adulthood and intimacy at midlife', *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1316-22.
- Kamin, L.J. (1974) *The Science and Politics of IQ* (Potomac, MD: Lawrence Erlbaum Associates).
- Kamin, L.J. (1977) *The Science and Politics of IQ* (Harmondsworth: Penguin).
- Kanner, L. (1943) 'Autistic disturbances of affective contact', *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kelly, G.A. (1955) *The Psychology of Personal Constructs* (New York: Norton).
- Kendrick, D.C. (1981) 'Neuroticism and extraversion as explanatory concepts in clinical psychology', in Gibson, H.B. (ed.), *Hans Eysenck, the Man and his Work* (London: Peter Owen).
- Kenrick, D.T. and Stringfield, D.O. (1980) 'Personality traits and the eye of the beholder: crossing some traditional philosophical boundaries in the search for consistency in all of the people', *Psychological Review*, 87, 88-104.
- Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P. and Schulsinger, F. (1968) 'The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics', in Rosenthal, D. and Kety, S.S. (eds), *The*

- Transmission of Schizophrenia (Elmsford NY: Pergamon).
- Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P., Schulsinger, F. and Jacobson, B. (1975) 'Mental illness in the biological and adoptive families of adopted individuals who have become schizophrenic: a preliminary report based on psychiatric interviews', in Fieve, R.R., Rosenthal, D. and Brill H. (eds) *Genetic Research in Psychiatry* (Baltimore: Johns Hopkins University Press).
- Kirby, R. and Radford, J. (1976) *Individual Differences* (London: Methuen).
- Klerman, G. (1972) 'Drug therapy of clinical depression', *Journal of Psychiatric Research*, 9, 253-270.
- Klerman, G. (1975) 'Drug therapy of clinical depressions - current status and implications for research on neuropharmacology of the affective disorders', in Klein, D. and Gittleman-Klein, R. (eds), *Progress in Psychiatric Drug Treatment* (New York: Bruner/Mazel).
- Klerman, G. (1988) 'Depression and related disorders of mood (affective disorders)', in Nicholi, A. M. Jnr (ed.), *The New Harvard Guide to Psychiatry* (Cambridge, Mass: Harvard University Press).
- Kline, P. (1972) *Fact and Fantasy in Freudian Theory* (London: Methuen).
- Kline, P. (1981a) *Fact and Fantasy in Freudian theory*, 2nd edn (London: Methuen).
- Kline, P. (1981b) 'Recent research into the factor analysis of personality', in Fransella, F. (ed.) *Personality* (London: Methuen).
- Kline, P. (1983) *Personality: Measurement and Theory* (London: Hutchinson).
- Kline, P. (1984) *Psychology and Freudian Theory: an Introduction* (London: Methuen).
- Kline, P. and Storey, R. (1977) 'A factor analytical study of the oral character,' *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 16, 317-28.
- Klopfer, B. et al. (1956) *Developments in the Rorschach Technique, voi, 2, Fields of Application* (New York: Harcourt Brace).
- Kohn, M.L. (1968) 'Social class and schizophrenia: A critical review', in Rosenthal, D. and Kety, S.S. (eds) *The Transmission of Schizophrenia* (Elmsford, NY: Pergamon).
- Kraepelin, E. (1913) *Psychiatry* (8th edn) (Leipzig: Thieme).
- Lader, M. (1975) *The Psychophysiology of Mental Illness* (London: Routledge and Kegan Paul).
- Laing, R. (1967) *The Politics of Experience and the Bird of Paradise* (Harmondsworth: Penguin).

- Lamiell, J.T. (1981) 'Toward an idiographic psychology of personality', *American Psychologist*, 36, (3), 276-89.
- Laing, R.D. (1964) 'Is schizophrenia a disease?', *International Journal of Social Psychiatry*, 10, 184-93.
- Laing, R.D. (1965) *The Divided Self* (Harmondsworth, Middlesex: Penguin).
- Lang, P.J. and Melamed, B.G. (1969) 'Case report: avoidance conditioning therapy of an infant with chronic ruminative vomiting', *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 1-8.
- Lanyon, R.I. (1984) 'Personality assessment', *Annual Review of Psychology*, 35, 667-701.
- LaRue, A., Dessonville, C. and Jarvik, L.F. (1985) 'Aging and mental disorders', in Birren, J.E. and Schaie, K.W. (eds) *Handbook of Psychology of Aging* (2nd edn) (New York: Van Nostrand-Reinhold).
- Lazare, A., Klerman, G.I. and Armor, D.J. (1966) 'Oral, obsessive and hysterical personality patterns: an investigation of psychoanalytic concepts by means of factor analysis', *Archives of General Psychiatry*, 14, 624-30.
- Lazarus, A.A. (1971) *Behavior Therapy and Beyond* (New York: McGraw-Hill).
- Leahy, A.M. (1935) 'Nature-nurture and intelligence', *Genetic Psychology Monograph*, 17, 235-308.
- Lee, V.E., Brooks-Gunn, J. and Schnur, E. (1988) 'Does Head Start work? A 1-year follow-up comparison of disadvantaged children attending Head Start, no preschool, and other preschool programmes', *Developmental Psychology*, 24, 210-22.
- Levinger, G. and Clark, J. (1961) 'Emotional factors in the forgetting of word associations', *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62, 99-105.
- Lieberman, M.A., Yalom, J.D. and Miles, M.B. (1973) *Encounter Groups: First Facts* (New York: Basic Books).
- Linton, H.B. (1955) 'Dependence on external influence: correlates in perception, attitudes and judgement', *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 502-7.
- London, H. and Exner, J.E. (eds) (1978) *Dimensions of Personality* (New York: Wiley).
- Lovaas, O.I., Koegel, R., Simmons, J. and Long, J. (1973) 'Some generalisation and follow-up measures on autistic children in behaviour therapy' *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 6, 131-66.
- Maccoby, E. and Jacklin, C. (1974) *The Psychology of Sex Differences* (Stanford, California: Stanford University Press).

- Mackay, D. (1975) *Clinical Psychology - Theory and Therapy* (London: Methuen).
- Mackenzie, B. (1984) 'Explaining the race difference in IQ: the logic, the methodology, and the evaluation', *Journal of American Psychologist*, 39, 1214-33.
- Magenis, R., Overton, K., Chamberlin, J., Brady T. and Lovrein, E. (1977) 'Paternal origin of the extra chromosome in Down's syndrome', *Human Genetics*, 37, 7-16.
- Malim, A., Birch, A. and Wadeley, A. (1992) *Perspectives in Psychology* (Basingstoke: Macmillan).
- Marks, I.M. (1981) 'Review of behavioral psychotherapy: I. Obsessive--compulsive disorders', *American Journal of Psychiatry*, 138, 584-92.
- Marx, M.H. (1976) *Introduction to Psychology: Problems, Procedures and Principles* (New York and London: Macmillan).
- Maslow, A.H. (1968) *Towards a Psychology of Being* (New York: Van Nostrand Reinhold).
- Mattes, J. and Gittleman, R. (1983) 'Growth of hyperactive children on maintenance regimen of methylphenidate', *Archives of General Psychiatry*, 40, 317-21.
- May, P. (1968) *Treatment of Schizophrenia: A Comparative Study of Five Treatment Methods* (New York: Science House).
- May, P. (1974) 'Psychotherapy research in schizophrenia - another view of present reality', *Schizophrenia Bulletin*, 1, 126-32.
- May, P., Turna, A.H., Yale, C., Potepan, P. and Dixon WJ. (1976) 'Schizophrenia: a follow-up study of results of treatment II. Hospital stay over two to five years' *Psychiatry*, 33, 481-6.
- McClelland, D.C., Atkinson, J.W., Clark R.A. and Lowell, E.L. (1953) *The Achievement Motive* (New York: Appleton-Century-Croft).
- McCord, R.R. and Wakefield, J.A. Jr (1981) 'Arithmetic achievement as a function of introversion-extraversion and teacher presented reward and punishment', *Personality and Individual Differences*, 2, 142-52.
- McCrae, R.R. and Costa, P.T. (1985) 'Updating Norman's "adequate taxonomy": intelligence and personality dimensions in natural language and in questionnaires', *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 710-21.
- McCrae, R.R. and Costa, P.T., Jnr (1987) 'Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers', *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81-90.

- Melamed, B., Hawes, R., Heiby, E. and Glick, J. (1975) 'Use of filmed modelling to reduce uncooperative behaviour of children during dental treatment', *Journal of Dental Research*, **54**, 797-801.
- Messick, S. and Associates (1976) *Individuality in Learning* (San Francisco, Jossey-Bass).
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B., Liebman, R., Milman, L. and Todd, T. (1975) 'A conceptual model of psychosomatic illness in children: family organisation and family therapy', *Archives of General Psychiatry*, **32**, 1031-38.
- Mischel, W. (1968) *Personality and Assessment* (New York: Wiley).
- Mischel, W. (1981) *Introduction to Personality*, 3rd edn (New York: Holt, Rinehart and Winston).
- Moniz, E. (1936) *Tentatives Operatoires dans le traitement des certaines psychoses* (Paris: Masson).
- Moos, R.H. (1969) 'Sources of variance in responses to questionnaires and behaviour', *Journal of Abnormal Psychology*, **74**, 405-12.
- Murphy, J. (1976) 'Psychiatric labelling in cross-cultural perspective', *Science*, **191**, 1019-28.
- Murray, H.A. (1938) *Explorations in Personality* (New York: Oxford University Press).
- Nelson, R.O. (1977) 'Assessment and therapeutic functions of self-monitoring' in Hersen, M., Eisler, R. and Miller, P.M. (eds) *Progress in Behavior Modification* (New York: Academic Press).
- Newman, H.H., Freeman, F.N. and Holzinger, K. (1937) *Twins: a Study of Heredity and Environment* (Chicago, University of Chicago Press).
- Norman, W.T. (1963) 'Toward an adequate taxonomy of personality attributes: replicated factor structure in peer nomination personality ratings', *Journal of Abnormal Social Psychology*, **66**, 574-88.
- Noyes, R., Anderson, D., Clancy, J., Crowe, R.R., Slyman, D.J., Ghoneim, M. and Hinrichs, J.V. (1984) 'Diazepam and propranolol in panic disorder and agoraphobia', *Archives of General Psychiatry*, **41**, 287-92.
- Nurnberg, H., Prudic, J., Fiori, M. and Freedman, E. (1984) 'Psychopathology complicating acquired immune deficiency syndrome (AIDS)', *American Journal of Psychiatry*, **141**, 95-6.
- Olweus, D. (1977) 'A critical analysis of the "modern" interactionist position' in Magnusson, D. and Endler, N.S. (eds), *Personality at the Crossroads: Current Issues in Interactional Psychology* (Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates).

- Parkin, A.J., Lewinsohn, J. and Folkard, S. (1982) 'The influence of emotion on immediate and delayed retention: Levinger and Clark reconsidered', *British Journal of Psychology*, 73, 389-93.
- Parloff, M., Waskow, I., and Wolfe, B. (1978) 'Research of therapist variables in relation to process and outcome', in Garfield, S.L. and Bergin, A.E. (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis* (2nd edn) (New York: Wiley).
- Paton, D. (1990) 'Assessing the impact of disasters on helpers', *Counselling Psychology Quarterly*, 3, 149-52.
- Paul, G. (1966) *Insight versus Desensitization in Psychotherapy* (Stanford, Calif.: Stanford University Press).
- Paul, G.L. and Lentz, R. (1977) *Psychosocial Treatment of Chronic Mental Patients: Milieu versus Social Learning Programs* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press).
- Peck, D. and Whitlow, D. (1975) *Approaches to Personality Theory* (London: Methuen).
- Perls, F.S. (1969) *Gestalt Therapy Verbatim* (Moab, Utah: Real People Press).
- Pervin, L.A. (1983) 'The stasis and flow of behavior: toward a theory of goals', in Page, M.M. (ed.), *Personality: Current Theory and Research, 1982 Nebraska Symposium on Motivation*, voi. 30, pp. 1-53 (Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press).
- Pervin, L.A. and Lewis, M. (eds) (1978) *Perspectives in Inter acționai Psychology* (New York: Plenum Press).
- Piaget, J. (1954) *The Construction of Reality in the Child* (New York: Basic Books).
- Plummer, S., Baer, D. and LeBlanc, J. (1977) 'Funcțional consideration in the use of time-out and an effective alternative', *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 10, 689-706.
- Pollak, J.M. (1979) 'Obsessive-compulsive personality: a review', *Psychological Bulletin*, 86, 225-41.
- Popper, K. (1959) *The Logic of Scientific Discovery* (London: Hutchinson).
- Popper, K. (1972) *Conjectures and Refutations: the Growth of Scientific Knowledge*, 4th edn (London: Routledge and Kegan Paul).
- Prien, R., Kupfer, D., Mansky, P., Small, J., Tuason, V., Voss, C. and Johnson, W. (1984) 'Drug therapy in the prevention of recurrences in unipolar and bipolar affective disorders', *Archives of General Psychiatry*, 41, 1096-104.

- Quinlan, D.M. and Blatt, S.J. (1973) 'Field articulation and performance under stress: differential prediction in surgical and psychiatric nursing training', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, p. 517.
- Rheta Schreiber, F. (1973) *Sybil* (Harmondsworth: Penguin).
- Rieder, R., Mann, L., Weinerger, D., Kammen, D. van and Post, R. (1983) 'Computer tomographic scans in patients with schizophrenia, schizoaffective and bipolar affective disorder', *Archives of General Psychiatry*, 40, 735-9.
- Robbin, A. (1958) 'A controlled study of the effects of leucotomy', *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 21, 262—9.
- Robbin, A. (1959) 'The value of leucotomy in relation to diagnosis', *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 22, 132-6.
- Robins, L.N. (1966) *Deviant Children Grown Up* (Baltimore: Williams and Wilkins).
- Rogers, C.R. (1951) *Client-centred Therapy* (Boston, Mass.: Houghton).
- Rogers, C.R. (1959) 'A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centred framework', in Koch, S. (ed.), *Psychology: A Study of a Science: Formations of the Person in the Social Context*, 3 (New York: McGraw-Hill).
- Rogers, C. R. (1970) *Encounter Groups* (Harmondsworth: Penguin).
- Rogers, C. R. (1961) *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy* (Boston: Houghton Mifflin).
- Rorschach, H. (1921) *Psychodiagnostics: A Diagnostic Test Based on Perception* (2nd edn, 1942) (Bern: Huber).
- Rosenhan, D. (1973) 'On being sane in insane places', *Science*, **179**, 250-58.
- Rosenthal, R. (1966) *Experimenter Effects in Behavioural Research* (New York: Appleton-Century-Croft).
- Rosenthal, R. and Jacobson, L. (1968) *Pygmalion in the Classroom: Teacher Expectation and Pupils' Intellectual Development* (New York: Hoit, Rinehart and Winston).
- Ross, A.O. (1981) *Psychological Disorders of Childhood: A Behavioral Approach to Theory, Research and Practice* (2nd edn) (New York: McGraw-Hill).
- Rotter, J.B. (1954) *Social Learning and Clintei Psychology* (Englewood Cliffs, Prentice-Hall).
- Ruble, D.N. and Nakamura, C.Y. (1972) 'Task orientation versus social orientation in young children and their attention to relevant stimuli', *Child Development*, 43, 471-80.

- Rush, A., Beck, A., Kovacs, M. and Hollon, S. (1977) 'Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients', *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-39.
- Rushton, J.P. and Chrisjohn, R.D. (1981) 'Extraversion, neuroticism, psychoticism and self reported delinquency: evidence from eight separate samples', *Personality and Individual Differences*, 2, 11-20.
- Rutter, M. (1966) 'Prognosis: psychotic children adolescence and early adult life', in Wing, J.K. (ed.), *Childhood Autism: Clinical, Educational, and Social Aspects* (Elmsford, NY: Pergamon).
- Rutter, M. and Lockyer, L. (1967) 'A five to fifteen year follow-up of infantile psychosis: I. Description of sample', *British Journal of Psychiatry*, **113**, 1169-82.
- Ryff, C.D. and Heinke, S.G. (1983) 'Subjective organisation of personality in adulthood and ageing', *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 807-16.
- Sacks, O. (1985) *The Man who Mistook His Wife for a Hat* (London: Picador).
- Sakel, M. (1938) 'The pharmacological shock treatment of schizophrenia', *Nervous and Mental Diseases Monograph*, 62.
- Saville, P. and Binkhorn, S. (1976) *Undergraduate Personality by Factored Scales* (Windsor: National Foundation for Educational Research).
- Scarr, S. and Weinberg, R.A. (1977) 'Intellectual similarities within families of both adopted and biological children', *Intelligence*, 1, 170-91.
- Scarr-Salapatek, S. (1971) 'Social class and IQ', *Science*, **174**, 28-36.
- ScheffT.J. (1966) *Being Mentally Ill: a Sociological Theory* (Chicago: Aldine).
- Schiff, M., Duyne, M. Dumaret, A., Stewart, J., Tomkiewicz, S. and Fenigold, J. (1978) 'Intellectual status of working-class children adopted early into upper-middle class families', *Science*, **200**, 1503-4.
- Schneider, K. (1959) 'Primary and secondary symptoms in schizophrenia', in Hirsch, S.R. and Shepherd, M. (eds), (1974) *Themes and Variations in European Psychiatry* (New York: John Wright).
- Scott, M.J. and Stradling, S.G. (1992) 'Post-traumatic stress disorder without the trauma', unpublished manuscript.
- Seligman, M. (1974) 'Depression and learned helplessness', in Friedman, R.J. and Katz, M.M. (eds) *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research* (Washington, DC: Winston-Wiley).
- Semeonoff, B. (1981) 'Projective techniques', in Fransella, F. (ed.),

- Personality: Theory, Measurement and Research* (London: Methuen).
- Shackleton, V. and Fletcher, C., (1984) *Individual Differences: Theories and Applications* (London: Methuen).
- , Shapiro, D.A. and Shapiro, D. (1982) 'Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement', *Psychological Bulletin*, 92, 581-665.
- Shapiro, D. A. and Shapiro, D. (1983) 'Comparative therapy outcome research: methodological implications of meta-analysis', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 42-53.
- Shapiro, D. and Sufwit, R.S. (1979) 'Biofeedback', in Pomerleau, O.F. and Brady, J.P. (eds), *Behavioral Medicine: Theory and Practice* (Baltimore: Williams and Wilkins).
- Sheldon, W. (1942) *The Varieties of Temperament: A Psychology of Constitutional Differences* (New York: Harper).
- Shields, I. (1962) *Monozygotic Twins Brought up Apart and Brought up Together* (Oxford: Oxford University Press).
- Shields, J. (1976) 'Heredity and environment', in Eysenck, H.J. and Wilson, G.D. (eds), *A Textbook of Human Psychology* (Baltimore: University Park Press),
- Shopsin, B. Gershon, S., Thompson, H. and Collins, P. (1975) 'Psychoactive drugs in mania', *Archives of General Psychiatry*, 32, 34-42.
- Shostrom, E.L., Knapp, R.R. and Knapp, L. (1976) 'Validation of the personal orientation dimensions. An inventory for the dimensions of actualising', *Educational and Psychological Measurement*, 36 (2), pp. 491-4.
- Shuey, A.M. (1966) *The Testing of Negro Intelligence* (3rd edn) (New York: Social Science Press).
- Simon, B. (1971) *Intelligence, Psychology and Education - a Marxist Critique* (London: Lawrence and Wishart).
- Skeels, M.M. (1966) 'Adult status of children with contrasting early life experiences', *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 31 (whole no. 3).
- Skinier, B.F. (1974) *About Behaviourism* (London: Jonathan Cape).
- Sloane, R., Staples, F., Cristol, A. Yorkston, N. and Whipple, K. (1975) *Psychoanalysis versus Behavior Therapy* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press).
- Smith, M.L. and Glass, G.V. (1977) 'Meta-analysis of psychotherapeutic outcome studies', *American Psychologist*, 32, 752-60.

- Smith, M.L., Glass, G.V. and Miller, B.L. (1980) *The Benefits of Psychotherapy* (Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press).
- Spearman, C. (1904) 'General intelligence, objectively determined and measured', *American Journal of Psychology*, 15, 201-93.
- Spitzer, R.L. (1976) 'More on pseudoscience and the case for psychiatric diagnosis', *Archives of General Psychiatry*, 33, 459-470. „.
- Spitzer, R., Endicott, J. and Gibbon, M. (1979) 'Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia', *Archives of General Psychiatry*, 36, 17-24.
- Sprague, R. and Sleator, E. (1977) 'Methylphenidate in hyperkinetic children. Differences in dose effects on learning and social behaviour', *Science*, 198, 1274-76.
- Stephenson, W. (1953) *The Study of Behavior* (Chicago, Ill.: University of Chicago Press).
- Sterman, H.B. (1973) 'Neurophysiologic and clinical studies of sensorimotor EEG biofeedback training: some effects on epilepsy', *Seminars in Psychiatry*, 5, 507-25.
- Stern, S., Rush, J. and Mendels, J. (1980) 'Toward a rational pharmacotherapy of depression', *American Journal of Psychiatry*, 137, 545-52.
- Sternberg, R.J. (1984) 'What should intelligence tests test? Implications of a triarchic theory of intelligence for intelligence testing', *Educational Researcher*, 13 (1), 5-15.
- Sternberg, R.J. (1985) *Beyond IQ: a Triarchic Theory of Human Intelligence* (Cambridge University Press).
- Sternberg, R.J. (1988) *The Triarchic Mind: a New Theory of Human Intelligence* (New York: Viking).
- Sternberg, R.J. (1990) *Metaphors of Mind: Conceptions of the Nature of Intelligence* (Cambridge University Press).
- Sternberg, R. J. (in press) *Sternberg Triarchic Abilities Test* (San Antonio, TX: The Psychological Corporation).
- Stott, D.H. (1978) *Helping Children with Learning Difficulties* (London: Ward Lock).
- Szasz, T. (1967) *The Myth of Mental Illness* (London: Paladin).
- Szasz, T. (1973) *The Manufacture of Madness* (London: Paladin).
- Tausch, R. (1978) 'Facilitative dimensions in interpersonal relations: verifying the theoretical assumptions of Carl Rogers in school, family, education, client-centred therapy', *College Student Journal*, 12, 2.
- Terman, L.M. (1921) 'In symposium: intelligence and its measurement',

- Journal of Educational Psychology*, 12, 127-33.
- Terry, R.D. and Wisiniewski, H.M. (1977) 'Structural aspects of aging in the brain', in Eisdorfer, C. and Friedel, R.O. (eds) *Cognitive and Emotional Disturbances in the Elderly* (Chicago: Medical Yearbook Publishers).
- Thomas, L. (1978) 'A personal construct approach to learning in education, training and therapy', in Fransella, F. (ed.), *Personal Construct Psychology*, 1977 (London: Academic Press).
- > Thurstone, L.L. (1938) 'Primary mental abilities', *Psychometric Monograph*, 1.
- Tobias, P. (1974) 'IQ and the nature-nurture controversy', *Journal of Behavioural Science*, 2, 24.
- Truax, C.B., Schuldts, W.J. and Wargo, D.G. (1968) 'Self-ideal concept congruence and improvement in group psychotherapy', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 47-53.
- Tupes, E.C. and Christal, R.E. (1961) 'Recurrent personality factors based on trait ratings', USAF ASD *Technical Report*, no. 61-97.
- Ullman, L. and Krasner, L. (1975) *A Psychological Approach to Abnormal Behavior* (2nd edn) (Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall).
- Vagg, P.R. and Hammond, S.B. (1976) 'The number and kind of invariant personality Q factors: a partial replication of Eysenck and Eysenck', *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 121-30.
- Vaughn, C. and Leff, J. (1976) 'The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients', *British Journal of Psychiatry*, **129** 125-37.
- Vegelius, J. (1976) 'On various G index generalisations and their applicability within the clinical domain' (Uppsala: Acta Univ, Uppsaliensis).
- Vernon, P.E. (1950) *The Structure of Human Abilities* (London: Methuen).
- Vernon, P.E. (1960) *Intelligence and Attainment Tests* (London: University of London Press).
- Vernon, P.E. (1964) *Personality Assessment* (London: Methuen).
- Vernon, P.E. (1969) *Intelligence and Cultural Environment* (London: Methuen).
- Vernon, P.E. (1972) 'The distinctiveness of field dependence', *Journal of Personality*, 40, 366-91.
- Wade, T.C. and Baker, T.B. (1977) 'Opinions and use of psychological tests', *American Psychologist*, 32, 874-82.
- Walker, S. (1984) *Learning Theory and Behaviour Modification* (London: Methuen).

- Walsh, B., Stewart, J., Roose, S., Gladis, M. and Glassman, A. (1984) 'Treatment of bulimia with phenelzine', *Archives of General Psychiatry*, 41, 1105-9.
- Wapner, S. (1976) 'Process and context in the conception of cognitive style', in Messick, S. and Associates, *Individuality in Learning* (San Francisco: Jossey-Bass).
- Warburton, F.W. (1951) 'The ability of the Gurkha recruit', *British Journal of Psychology*, 42, 123-33.
- Ward, C, Beck, A.T., Mendelson, M., Mock, J. and Erbaugh, J. (1962) 'The psychiatric nomenclature: reasons for diagnostic disagreement', *Archives of General Psychiatry*, 7, 198-205.
- Wessler, R. L. (1986) 'Conceptualising cognitions in the cognitivebehavioural therapies', in Dryden, W. and Golden, W. (eds) *Cognitive Behavioural Approaches to Psychotherapy* (London: Harper & Row).
- Wilkinson, F.R. and Carghill, D.W. (1955) 'Repression elicited by story material based on the Oedipus complex', *Journal of Social Psychology*, 42, 209-14.
- Williams, J.D., Dudley, H.K. and Overall, J.E. (1972) 'Validity of the 16 PF and the MMPI in a mental hospital setting', *Journal of Abnormal Psychology*, 80, 261-70.
- Williams, L. Martin, G., McDonald, S., Hardy, L. and Lambert, L. (snr) (1975) 'Effects of a backscratch contingency of reinforcement for table serving on social interaction with severely retarded girls', *Behaviour Therapy*, 6, 220-29.
- Wilson, G.T. and O'Leary, K.D. (1980) *Principles of Behavior Therapy* (Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall).
- Wiseman, S. (1964) *Education and Environment* (Manchester: Manchester University Press).
- Witkin, H. (1950) 'Individual differences in ease of perception of embedded figures.' *Journal of Personality*, 19, 1-15.
- Witkin, H.A. (1976) 'Cognitive Style in Academic Performance and in Teacher-student Relations' in Messick, S. and Associates, *Individuality in Learning* (San Francisco: Jossey-Bass).
- Witkin, H. (1977) 'Role of the field dependent and field independent cognitive style in academic evolution: a longitudinal study', *Journal of Educational Psychology*, 69 (3), 197-211.
- Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition* (Stanford, Calif: Stanford University Press).

- World Health Organisation (1988) *International Classification of Diseases* (10th revision) (Geneva: WHO).
- Yarrow, L. (1973) 'The relationship between nutritive sucking experiences in infancy and non-nutritive sucking in childhood', in Eysenck, HJ. and Wison, G.D. (eds), *The Experimental Study of Freudian Theories* (London: Methuen).
- Zarit, S. (1980) *Aging and Mental Disorders: Psychological Approaches to Assessment and Treatment* (New York: Free Press).
- Zeigob, L., Arnold, S. and Forehand, R. (1975) 'An examination of observer effects in patient-child interactions', *Child development*, 46, 509-12.
- Zigler, E. and Berman, W. (1983) 'Discerning the future of early childhood intervention', *American Psychologist*, 38, 894-906.
- Zitrin, C., Klein, D., Woerner, M. and Ross, D. (1983) 'Treatment of phobias 1. Comparison of imipramine hydrochloride and placebo', *Archives of General Psychiatry*, 40, 125-38.
- Zubin, J., Eron, L.D. and Schumer, F. (1966) *An Experimental Approach to Projective Techniques* (London: Wiley).

în colecția „Psihologie” vor apărea:

- BIOPSIHOLOGIE - Sheila Hayward
- PROCESELE COGNITIVE - Tony Malim
- PERSPECTIVE ÎN PSIHOLOGIE - Alison Wadeley, Ann Birch, Tony Malim
- PSIHOLOGIA DEZVOLTĂRII-Ann Birch
- PSIHOLOGIA SOCIALĂ - Tony Malim
- PSIHOLOGIA COMPARATĂ - Tony Malim, Ann Birch, Sheila- Hayward
- CERCETAREA ȘI METODE STATISTICE - Tony Malim, Ann Birch
- INTRODUCERE ÎN PSIHOLOGIE - R.J. Atkins